

Aki Himanen ja Maija Valdes

Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoito

Perehdytysmateriaali

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
25.11.2011

Tekijät Otsikko	Aki Himanen ja Maija Valdes Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoito
Sivumäärä Aika	49 sivua + 3 liitettä 25.11.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Lehtori Pirjo Roivas-Mäkinen
<p>Epävakaalla persoonallisuushäiriöllä tarkoitetaan potilaan persoonallisuudessa ja käyttäytymistavoissa esiintyviä vakavia häiriöitä. Se aiheuttaa laaja-alaista ihmissuhteisiin, minäkuvaan ja tunneilmaisuun liittyvää epävakautta ja huomattavaa impulsiivisuutta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa perehdytysmateriaali Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidosta Helsingin kaupungin psykiatriaosastolle ”Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä” -projektiin. Työmme koostui sekä opinnäytetyön raporttiosuudesta että perehdytysmateriaalista. Perehdytysmateriaalimme antoi työvälineen epävakaiden persoonallisuushäiriöpotilaiden kanssa työskenteleville. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää epävakaan persoonallisuushäiriön määrittely ja hoitokeinot. Tavoitteena oli auttaa hoitohenkilökuntaa löytämään hoitokeinoja tämän potilasryhmän hoitotyöhön.</p> <p>Perehdytysmateriaalin menetelmäksi valitsimme Auroran sairaalan sisäiseen verkkoon laitettavan esitysgrafiikan, jonka julkaisimme PowerPoint-esityksenä CD-R -formaattissa. Suunnittelimme työn itsenäisesti katseltavaksi, kerronnalliseksi kokonaisuudeksi. Esitysgrafiikan oli mielestämme tärkeää olla selkeä, johdonmukainen ja visuaalisesti kiinnostava. Kokosimme perehdytysmateriaalin tietopohjan pääasiassa perinteisistä ja sähköisistä kirjoista, alan tieteellisistä julkaisuista, viitetietokannoista, internetistä sekä käsihakuna. Haimme tietoa myös Pubmedistä, Medicistä ja Medlinesta. Epävakaan persoonallisuushäiriön määrittelyn ja hoitokeinojen lisäksi työmme sisälsi tietoa näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Epävakaan persoonallisuushäiriön määrittelyosuudessa toimimme tietoa häiriön etiologiasta ja diagnosoinnista. Potilaan hoitokeinoissa avasimme erilaisia psykoterapeuttisia hoitomalleja, sairaalahoitoa ja lääkehoitoa.</p> <p>Työn edetessä löysimme tutkittua tietoa epävakaan persoonallisuushäiriön taustoista, sairaudenkuvasta ja potilaan hoitokeinoista. Mielestämme olemme onnistuneet kokoamaan kiinnostusta herättävän ja käytännönläheisen perehdytysmateriaalin, joka auttaa hoitohenkilökuntaa löytämään ymmärrystä ja hoitokeinoja tämän potilasryhmän hoitotyöhön. Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidon perustana on yhteistyöhön perustuvan hoitosuhteen luominen, potilaan kokemuksen vakavasti ottaminen sekä vastavuoroinen, tuomitsematon ja tukea antava suhtautuminen potilaaseen.</p>	
Avainsanat	hoitotyö, näyttöön perustuva hoitotyö, epävaka persoonallisuushäiriö, persoonallisuushäiriöt, hoitokeinot

Author Title	Aki Himanen and Maija Valdes The Treatment of a Patient with Borderline Personality Disorder
Number of Pages Date	49 pages + 3 appendices 25 November 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Lecturer Pirjo Roivas-Mäkinen
<p>The borderline personality disorder means serious disorders in a patient's personality and behavior. It causes massive instability and remarkable impulsivity, which are related to relationships, self-image and emotions.</p> <p>The purpose of our final project was to produce a presentation on the treatment of a patient with borderline personality disorder for the Aurora Hospital's "Toward Evidence-based Nursing" -project. Our final project consisted of a report and the presentation. The presentation gave a tool to the nursing staff who works with patients with borderline personality disorder. The purpose of our work was to sort out the definition and cure of borderline personality disorder. The objective was to help nursing staff to find methods for working with this kind of patients.</p> <p>As for the method we chose the presentation found on the intranet of the Aurora Hospital, which we published as the PowerPoint presentation on CD format. We decided that the presentation would be clear, coherent and visually interesting. We collected our theory base mainly from traditional and electronic books, scientific studies, database and internet. We also searched information from Pubmed, Medic and Medline. In addition to the definition of borderline personality disorder and cure, our work consisted of information on evidence-based nursing. In the definition of borderline personality disorder, we brought information on etiology and diagnosis. We opened different kind of psychotherapeutic methods for treatment, also hospital and medical treatment.</p> <p>As our work proceeded, we found evidence-based medical information on the backgrounds and methods for the treatment of a patient with borderline personality disorder. This may demonstrate that we succeeded in collecting the interesting and concrete presentation, which will help nursing staff to find understanding and methods for the treatment of this group of patients. The treatment of a patient with borderline personality disorder is based on co-operation, as well as shared and supporting attitude.</p>	
Keywords	nursing, evidence-based nursing, borderline personality disorder, personality disorder, cure

Sisällys

1 Johdanto	3
2 Tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet	4
3 Toiminnallinen opinnäytetyö	5
3.1 Opinnäytetyöprosessi	5
3.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta	6
3.3 Perehdytysmateriaali	7
4 Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä	10
5 Epävakaan persoonallisuushäiriön määrittely	13
5.1 Etiologia	15
5.2 Diagnosointi	15
6 Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoitokeinot	17
6.1 Psykoterapeuttiset hoitomallit	17
6.1.1 Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT)	18
6.1.2 Skeematerapia (SFT)	26
6.1.3 Mentalisaatioterapia (MBT)	29
6.1.4 Objektisuhdeteoriapohjainen päiväsaarahoito	32
6.2 Sairaalahoito	35
6.2.1 Hoidon sisällölliset tekijät	35
6.2.2 Hoidon rakenteelliset tekijät	37
6.2.3 Kriisien hoito	39
6.2.4 Itsetuhoisen potilaan hoito	40
6.2.5 Potilaan vihan ja aggression hoito	43
6.3 Lääkehoito	43
7 Pohdinta	45
Lähteet	47
Liitteet	

Liite 1. Epävakaan persoonallisuuden diagnostiset kriteerit

Liite 2. Psykoterapiamenetelmät Käypä hoito -suosituksen mukaisesti

Liite 3. Maladaptiiviset skeema-alueet, skeemat ja kehitystehtävät

1 Johdanto

Persoonallisuus on jokaisella ihmisellä. Sana häiriö liitetään persoonallisuuteen silloin, kun siinä voidaan todeta syvälle juurtuneita, toistuvia tai pitkäaikaisia käyttäytymismalleja, jotka ovat joustamattomia ja ilmenevät haitallisina itselle tai sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa muiden kanssa, sekä mallit poikkeavat merkittäväällä tavalla kulttuurin sisäisistä normeista. (Toivio 2009: 86.)

Tunne-elämältään epävakaalla persoonallisuushäiriöllä tarkoitetaan potilaan persoonallisuudessa ja käyttäytymistavoissa esiintyviä vakavia häiriöitä. Se aiheuttaa laaja-alaista ihmissuhteisiin, minäkuvaan ja tunneilmaisuun liittyvää epävakautta ja huomattavaa impulsiivisuutta. (Koivisto 2009; Joutsiniemi 2007.) Epävakaa persoonallisuus on vaikea, potilaan toimintakykyä merkittävästi heikentävä häiriö, joka kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää laajasti. Häiriön esiintyvyys väestöstä on keskimäärin 0.6 %. Perusterveydenhuollon potilaista 6 %, psykiatrisen avohoidon potilaista 10 % ja sairaalapotilaista 20 % saattaa kärsiä tästä häiriöstä. (Käypä hoito 2008.)

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän potilaan hoitaminen on kokeneellekin ammattilaiselle hyvin haastavaa ja ajoittain emotionaalisesti hyvin kuormittavaa. Potilaan myrskyisä emotionaalisuus saattaa herättää voimakkaita tunnereaktioita hoitoyksikössä. Käypä hoito -suosituksen mukaan epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoitoa tulee kehittää kouluttamalla hoitohenkilökuntaa uusien psykoterapiamenetelmien käyttöön, sairaalaolosuhteissa tutkittujen mallien soveltamiseen ja lisätä hoitotyöntekijöiden kliinisen hallinnan taitoja. (Käypä hoito 2008.)

Opinnäytetyö on tehty Helsingin kaupungin psykiatriaosaston, HUS HYKS Psykiatrian tulosityksikön ja Metropolia Ammattikorkeakoulun ”Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä” -projektiin. Terveystieteiden laitoksen mukaan hoitotyön on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Sen on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) ”Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä” -projektin tarkoituksena on edistää näyttöön perustuvaa psykiatrista hoitotyötä.

Valitsimme opinnäytetyön aiheen sen kiinnostavuuden ja haasteellisuuden vuoksi. Opinnäytetyö tarjosi mahdollisuuden perehtyä syvemmin epävakaaseen persoonallisuushäiriöön ja avasi uusia näkökulmia tämän diagnoosin saaneiden potilaiden hoitamiseen. Opinnäytetyömme koostuu kahdesta osasta: toiminnallisesta osuudesta sekä opinnäytetyön raporttiosuudesta. Opinnäytteen tarkoituksena on tuoda teoreettista tietoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja kuvata eri hoitomalleja ja -keinoja. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa hoitohenkilökuntaa löytämään ymmärrystä ja hoitokeinoja epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoitotyöhön.

2 Tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa perehdytysmateriaali Helsingin kaupungin psykiatriaosastolle ”Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä” -projektiin. Projekti toteutetaan Helsingin kaupungin psykiatriaosaston, HUS HYKS Psykiatrian tulosityksikön ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Perehdytysmateriaalin tarkoituksena on tuoda tietoa epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidosta ja antaa työväline heidän kanssaan työskenteleville.

Projektin periaatteiden mukaisesti kehittämisaihe on organisaation strategian mukainen ja yksikön tarpeista lähtevä. Perustelut aiheen tärkeydelle, tavoiteltava hyöty toiminnan sujuvuudelle ja potilashoidon laadun näkökulma toteutuvat työssämme. Hoitotyön johto hyväksyy aihealueet. Projektin lähtökohtana ovat myös kirjallisuushaut ja tutkimustiedon kriittinen arviointi. (Helsingin kaupungin psykiatriaosasto 2010.)

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää:

1. Epävakaan persoonallisuushäiriön määrittely
2. Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoitokeinot

Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa hoitohenkilökuntaa löytämään ymmärrystä ja hoitokeinoja epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoitotyöhön.

3 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämän kehittämistyö, jonka tarkoituksena on kehittää, ohjeistaa, järjestää tai järjestyttää käytännön toimintaa ammatillisessa kentässä. Toiminnallisella opinnäytetyöllä on siten yleensä toimeksiantaja. Toteutustapa valitaan aina kohderyhmän mukaan, joten kohderyhmän rajaaminen onkin aluksi tärkeää. Tuotos voi olla esimerkiksi kirja, opas, CD-ROM tai kehittämissuunnitelma. (Vilkkä – Airaksinen 2003: 9.) Tuotos tehdään aina jonkun käytettäväksi, joten sen tarkoituksena on toimia selkeänä oppaana tai ohjeistuksena (Vilkkä – Airaksinen 2004: 38).

Opinnäytetyömme koostuu kahdesta osasta, toiminnallisesta osuudesta sekä opinnäytetyön raporttiosuudesta. Toiminnallisen opinnäytetyön kriteerit työmme täyttää, koska lopputuotteena syntyy tuotos: perehdytysmateriaali epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidosta.

3.1 Opinnäytetyöprosessi

Meitä molempia tekijöitä kiinnosti tehdä opinnäytetyö psykiatrian aiheesta. Työskentelemme molemmat mielenterveystyössä sekä kuntoutus että akuuttipsykiatriassa. Miettiessämme opinnäytetyön aihetta ilmeni, että meillä olisi mahdollisuus osallistua Auroran sairaalan ”Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä” -projektiin ja tehdä opinnäytetyömme tämän hankkeen osaksi. Ensimmäisellä tapaamisella Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston asiantuntijasairaanhoitaja Virpi Jaakkolan kanssa valitsimme, että teemme opinnäytetyön persoonallisuushäiriön hoitotyön kehittämisryhmään. Luettuamme lähdeaineistoa persoonallisuushäiriöistä aloimme tarkentamaan aihetta. Työn lopulliseksi aiheeksi valitsimme epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidon. Alkuperäisenä suunnitelmanamme oli tehdä työstä kirjallisuuskatsaus, mutta ensimmäisessä opinnäytetyön ohjauksessa innostuimme tuotetyön tekemisestä. Valitsimme tuotetyön sen käytännön hyödynnettävyyden vuoksi.

Aiheen jäsennysvaiheessa haastavinta oli aiheen rajaaminen. Laadimme opinnäytetyöprosessille tarkan aikataulun. Tavoitteellista opinnäytetyön etenemistä kuvaa valmiutemme tehdä välitavoitteita, joita olemme määrittäneet ja arvioineet koko

prosessin ajan. Projektisuunnitelma, raportin rakenne ja sisältö sekä visio perehdytysmateriaalista hahmottuivat suunnitelmavaiheessa. Toteutusvaihe painottui raportin sisällön avaamiseen, jonka saimme valmiiksi aikataulun mukaisesti syyskuun loppuun mennessä. Perehdytysmateriaalin suunnittelu ja luonnostelu alkoivat elokuussa, päättyen sisällön kokoamiseen lokakuun loppuun mennessä. Opinnäytetyö julkaistaan Auroran sairaalassa 25.11.2011.

Opinnäytetyöprosessiin on kuulunut yhteistyö ja tapaamiset asiantuntijasairaanhoidaja Virpi Jaakkolan kanssa. Työn tarkoituksenmukaisuutta on tukenut pyytämämme palaute työelämätaholta opinnäytetyön hyödynnettävyydestä projektissa ja käytännön psykiatrisessa hoitotyössä. Olemme käyttäneet opinnäytetyön ohjaavan opettajan ja kieltenopettajien ohjausta sekä hyödyntäneet heiltä saamamme palautteen. Saadun palautteen avulla olemme arvioineet työmme hoitotyön näkökulmaa, luettavuutta ja eettisyyttä sekä tehneet muutoksia työmme sisältöön. Palautteen vastaanottokykymme ja joustavuutemme muutosten tekemiseen kuvastavat ammatillisuuttamme toimia ennakoimattomissa tilanteissa.

Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidon haasteellisuus on toiminut motivoivana tekijänä. Koko prosessin ajan olemme toimineet sitoutuneesti, tasapuolisesti ja hyvässä yhteistyössä. Olemme hyödyntäneet molempien omia vahvuuksia ja ammatillista osaamista. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme kehittyneet ja kasvaneet jaetussa asiantuntijuudessa. Hyvät yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot ovat myös kiinteä osa psykiatrista hoitotyötä.

3.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta

Perehdytysmateriaalin tietopohja on koottu pääasiassa perinteisistä ja sähköisistä kirjoista, alan tieteellisistä julkaisuista, viitetietokannoista, internetistä sekä käsihakuna. Suunnitelmavaiheen seminaarin jälkeen teimme tiedonhaun ajankohtaisimmista tutkimuksista ja artikkeleista. Tietoa haimme myös Pubmedistä, Medicistä ja Medlinesta. Lisäksi tarkastimme pääasiassa otsikon perusteella Tutkiva hoitotyö - ja Hoitotiede-lehtien aineiston aiheestamme vuosilta 2008–2011. Näyttöön perustuvan hoitotyön kriteereiden mukaisesti olemme valinneet opinnäytetyöhömme mahdollisimman ajankohtaista, luotettavaa ja monipuolista aineistoa.

Odotuksistamme poiketen suomenkielistä valmiiksi käännettyä materiaalia oli helposti saatavilla. Käytimme tietoisesti vähän englanninkielistä materiaalia, koska käyttämämme suomenkieliset artikkelit ja kirjallisuus on koottu englanninkielisistä tutkimuksista. Tutkittua tietoa hakiessamme havaitsimme, että lähdemateriaalia oli saatavilla paljon, mutta samoilta tekijöiltä. Huomasimme myös, että samankaltaista tietoa oli saatavilla useista eri lähteistä. Valitsimme lähdemateriaaliksi uusinta, parhaiten työmme tarkoitusta ja tavoitetta palvelevaa tietoa. Näin ollen käyttämämme aineisto on tarkoituksenmukaista.

3.3 Perehdytysmateriaali

Perehdytysmateriaalin menetelmäksi valitsimme Auroran sairaalan sisäiseen verkkoon laitettavan esitysgrafiikan. Verkkomateriaalina tuote päättyy parhaalla mahdollisella tavalla koko Helsingin kaupungin psykiatriaosaston käyttöön. Tavoitteenamme on tuottaa esitysgrafiikka, jota on helppo käyttää tiedonhankinnan apuvälineenä käytännön hoitotyössä.

Valitsemamme verkkomateriaali on CD-R -formaattissa julkaistava esitysgrafiikka. Se sisältää raportin teoreettisen osuuden jäsennellysti ja tiivistetysti. Hyperlinkkien avulla lukija saa yksityiskohtaisempaa tietoa aiheista, jotka olemme avanneet opinnäytetyömme raporttiosuudessa. Työ on suunniteltu itsenäisesti katseltavaksi kerronnalliseksi kokonaisuudeksi. Esitysgrafiikan tavoitteena on olla selkeä, johdonmukainen ja visuaalisesti kiinnostava.

Esitysgrafiikkaohjelman valinnassa olemme käyttäneet tietotekniikka-alan asiantuntijoiden apua ja sen visuaaliseen puoleen olemme saaneet näkökulmaa mainosalan ammattilaisilta. Valitsimme esitysohjelmaksi Microsoft PowerPointin sen tunnettavuuden ja helppokäyttöisyyden takia. Valintaan vaikutti myös olennaisesti valitsemamme ohjelman toimivuus Helsingin psykiatriaosaston laitteistossa ja sisäisessä verkossa. Microsoft Office 2010 PowerPoint-esitysgrafiikka on ominaisuuksiltaan monipuolinen ja laadukas.

Hyvän esitysgrafiikan suunnittelu vaatii aikaa, ja suunnitteluprosessi näkyy valmiissa työssä laadukkuutena. Suunnitteluvaiheessa tulee huomioida useita eri osatekijöitä. Esitysgrafiikan suunnitteluun olennaisimpina osatekijöinä vaikuttavat työn kohderyhmä,

käyttötarkoitus ja ydinsanoma. Aineiston tieto vaatii rajaamista ja tiivistämistä, jotta ydinasiat korostuisivat. Ongelmana diaesityksissä ja niiden yksittäisissä dioissa on usein liian aineiston mahduttaminen, joka aiheuttaa lukijassa kognitiivisen ylikuormituksen. Aineiston rajaamisesta esitysgrafiikan rakentuminen etenee ideoinnin ja luonnostelun kautta itse esityksen kokoamiseen. Tunnettu käyttöliittymäsuunnittelija Aaron Marcus on nimennyt kolme periaatetta, jotka sopivat myös diaesityksen tekijälle: Organisointi eli rakenteen selkiyttäminen, minimointi eli tehokkuuden maksimointi vähin elementein ja kommunikaatio eli esityksen sovittaminen käyttäjän tasolle. (Lammi 2009: 26–31.)

Esitysgrafiikan käytön tavoitteena on tiedon visuaalinen havainnollistaminen. Sen sisältöelementtejä ovat taustat, värit, fontti, grafiikan tehosteet, animaatiot, ääni ja video sekä kuvamateriaali. Sisältöelementtien sommittelun ja suunnittelun keinoin voidaan tehostaa viestin ymmärrettävyyttä, kiinnostavuutta ja houkuttelevuutta. (Lammi 2009: 55–57.) Yksinkertaista ja selkeää visuaalista linjaa tavoitellen esitysgrafiikkamme sisältöelementteinä ei ole käytetty animaatioita, äänitehosteita tai videoleikkeitä.

Esitysgrafiikan tekninen toteutus

Hyvän diaesityksen sommittelussa on huomioitu kontrastien, ryhmittelyn, tasauksen ja toiston merkitys. Kontrastit ovat tehokkaita huomion herättäjiä ja tukevat esitettävän aineiston mieleen painumista. Ryhmittelyn avulla voidaan osoittaa asioiden hierarkia ja yhteenkuuluvuus. Elementtien taseus selkiyttää ja ryhdistää diaesityksen sisältöä. Toistolla saavutetaan yhdenmukaisuus, jolla yksittäiset diat sidotaan osaksi laajempaa kokonaisuutta. (Lammi 2009: 111–119.)

Microsoft Office 2010 -ohjelmien teemoilla tarkoitetaan muotoilumäärittysten kokoelmaa, joka sisältää taustavaihtoehtoja, väri- ja fonttimäärittelyn sekä grafiikkaobjektien tehostemäärittelyn (Lammi 2009: 258). Halusimme luoda itse perehdytysmateriaalissa käytetyn esitysgrafiikan teeman, jotta se kuvaisi mahdollisimman hyvin opinnäytetyömme tarkoitusta ja tavoitteita. Halusimme myös valita luonnonläheisen aiheen teemaksi, jotta perehdytysmateriaalin lukeminen olisi miellyttävä ja esteettinen kokemus.

Valitsimme teeman aiheeksi syksyn, koska se sisältää paljon symbolista yhteneväisyyttä opinnäytetyömme aiheen kanssa. Sää vaihtelee nopeasti, myrskyisästäkin. Lisääntyvä pimeys ja hiljaisuus muistuttavat yksinäisyyden tunnetta, mutta tarjoavat myös mielenrauhaa. Vaikka syksy koetaankin luonnon kuihtumisen ja kuoleamisen vuodenaikana, todellisuudessa luonto valmistautuu jo uuteen kevääseen. Se on muutoksen aikaa, jolloin luonto sopeutuu ja mukautuu ympäristöönsä. Syksyä voidaan kuvata hiljaisen uudelleen rakentamisen ajaksi, sillä luonto vahvistaa itseään tulevaa talvea ja kevään heräämistä varten.

Tausta on osa diaesityksen värimaailmaa, mutta sen pitää olla myös riittävän huomaamaton. Esitysgrafiikkaohjelman yksittäisen dian tausta tulee nähdä pintana, johon sisältöelementit sijoitetaan. Taustassa ei tule olla mitään, mikä kilpailisi huomiosta varsinaisen esityksen sisällön kanssa. Taustan väri vaikuttaa kokonaisuuteen, joissa tumma ja vaalea tausta toimivat eri tavoin. (Lammi 2009: 58–63.) Työmme taustaelementteinä on valokuvia syksyn lehdistä, marjoista ja tunnelmasta. Valokuvien laadukkuuden lisäämiseksi kuvat on käsitelty Adobe Photoshop Lightroom 3.0–kuvankäsittelyohjelmalla. Valokuvat ovat otsikkosivua lukuunottamatta mustavalkoisia. Valokuvat ovat kuvanneet Maija Valdes, Jarmo Oksanen ja Jukka Ahti. Valokuvien käyttö on toteutettu tekijänoikeuslain mukaisesti. Työmme sisältämistä valokuvista on valokuvaajien suullinen suostumus ja käyttö lupa.

Esitysgrafiikassa typografiseen luettavuuteen vaikuttavia keinoja ovat fontin valinta, kirjainten pistekoko, tekstin väri ja taustaratkaisut. Esitysgrafiikkatiedostoon sopii parhaiten visuaalisesti yksinkertainen ja pelkistetty fontti. Kirjaintyyleistä Groteskia pidetään toimivana näyttöruudulta luettuna. Suosituksena on, että yhteen työhön käytetään korkeintaan kahta eri fonttia. Tyylikäs lopputulos voidaan saada aikaiseksi myös käyttämällä yhtä fonttia ja sen eri leikkauksia. Helposti luettavassa esitysgrafiikassa teksti erottuu taustasta ja sen pistekoko on riittävän suuri. Diaesitykseen sopivia tekstin korostamisen keinoja ovat lihavointi ja väri. Värin avulla voidaan myös ryhmittää tekstiä. (Lammi 2009: 83–95.)

Värit ovat olennainen osa diaesitystä. Värien käytöllä on esteettinen tavoite, mutta ne tehostavat myös viestintää. Diaesityksissä värien tehtävänä ovat asioiden korostaminen, erottaminen, yhdistäminen ja luokittelu. Väripaletti muodostuu

perusväreistä ja korostusväreistä. Perusvärit ovat neutraaleja, ja niitä eri sävyineen käytetään diaesityksessä eniten. Korostusvärit ovat voimakkaampia ja niitä käytetään vain erityistä painoarvoa tarvitseviin kohtiin. Värien valinnassa tulee huomioida värien vaikutus toisiinsa, kokemus värien etäisyydestä, värisokeus ja värien vakiintuneet käyttötavat sekä kulttuuriset merkitykset. Esityksen värimaailmaa suunniteltaessa on turvallista hyödyntää ammattilaisten suunnittelemia väripaletteja. (Lammi 2009: 66–79.)

Esitysgrafiikassa on sovellettu Metropolian graafista ohjeistoa, jotta perehdytysmateriaalin visuaalinen linja olisi yhtenevä Metropolian ja opinnäytetyömme raportin kanssa. Esitysgrafiikassa käytetään mukautetusti samoja fontti- ja väriyhdistelmiä sekä yleisilmettä kuin Metropolian visuaalisessa viestinnässä.

Perehdytysmateriaalin arviointi

Hyvän esitysgrafiikan laatiminen oli lopulta paljon suurempi työmäärältään kuin sen suunnitteluprosessin alussa ajattelimme. Esitysgrafiikan tekeminen on ollut haastavaa, koska sen tavoitteena on olla kokonaisuudeltaan eheä ja ilmaisultaan selkeä. Olemme panostaneet esitysgrafiikan helppoon luettavuuteen. Esitysgrafiikan tavoitteiden täyttymisen edellytyksenä on ollut jatkuva kriittinen arviointi ja joustavuutemme tehdä suunnitelman muutoksia. Tietotekniikka- ja mainosalan asiantuntijoilta saamamme palautteen, oman kriittisen arvioinnin ja tehtyjen muutosten kautta perehdytysmateriaalista on kehittynyt laadukas esitysgrafiikka.

4 Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä

Helsingin kaupungin psykiatriaosasto, HUS HYKS Psykiatrian tulosityksikkö sekä Metropolia Ammattikorkeakoulu järjestävät yhteistyössä ”Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä” -koulutusprojektin, joka alkoi syyskuussa 2010 ja päättyy keväällä 2012. Projektin tarkoituksena on näyttöön perustuvan psykiatrisen hoitotyön edistäminen. Projektin tavoitteena on vahvistaa hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvaa toimintaa ja näin kehittää hoitotyön vaikuttavuutta ja laatua sekä vahvistaa hoitohenkilökunnan tutkimus-, kehittämis- ja projektitaitoja. (Helsingin kaupungin psykiatriaosasto 2010.)

HYKS Psykiatrian tulosityksissä toteutettiin sairaanhoitajien systemaattiset osaamiskartoitukset vuosina 2007–2008. Toiminnoittain tarkasteltuna kehittämishaasteiksi nousivat tutkitun tiedon hyödyntäminen hoitotyössä ja hoitotyön kehittämiseen liittyvät osatekijät. Keskeisimmäksi kehittämiskohteeksi valittiin siksi näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen, mikä liitettiin Psykiatrian hoitotyön keskeisiä kehittämissuuntia vuosille 2009–2010 -ohjelmaan. (Helsingin kaupungin psykiatriaosasto 2010.)

Projektin taustana on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma ”Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön”. Toimintaohjelmassa määritellään toimenpiteet näyttöön perustuvien ja hyvien käytäntöjen kehittämiseksi palvelukokonaisuudessa. Toimintaohjelman tavoitteena on vaikuttaa asiakas- ja potilastyön paranemiseen näyttöön perustuvilla ja yhtenäisillä käytännöillä. Tavoitteena on myös turvata palveluiden laatua vahvistamalla henkilöstön osaamista pitkäjänteisesti ja suunnitelmallisesti. Toimenpiteet edellyttävät käytännön, koulutuksen ja tutkimuksen alueellisia yhteistyörakenteita sekä henkilöstön osallistumismahdollisuuksia oman työn ja toiminnan kehittämiseen. Terveystenhuollon toiminnan tulee olla näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa. Näyttöön perustuvan toiminnan on tarkoitus lisätä terveydenhuollon vaikuttavuutta, tuottavuutta ja turvata potilaskeskeinen hyvä hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Valtakunnallisilla linjauksilla korostetaan terveydenhuollon tehokkuuden, vaikuttavuuden ja potilaskeskeisyyden parantamista sekä kustannusten hallintaa. Tutkitun tiedon käyttöönotto ja näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen nähdään keskeiseksi keinoksi valtakunnallisten tavoitteiden toteutumisessa. (Häggman-Laitila 2009: 4.) Häggman-Laitilan (2008) tutkimuksen ”Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin” mukaan näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisestä olivat hyötynneet hoitotyöntekijät, potilaat ja koko organisaatio (Häggman-Laitila 2008: 243).

Käsite näyttö (evidence) on moniulotteinen ja tarkoittaa todeksi osoitettua, luontevaa ja perusteltavissa olevaa. Käsite näyttöön perustuva viittaa eri lähteistä saatavan tiedon käyttämiseen potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. (Korhonen 2010:

38.) Näyttöön perustuva hoitotyö (evidence-based nursing) tarkoittaa parhaan ajan tasalla olevan tiedon huolellista arviointia ja harkittua käyttöä yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai koko väestön hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja hoitotoiminnassa (Häggman-Laitila 2009: 4). Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa käytettävässä tiedossa yhdistyvät tutkimusnäyttö, työntekijöiden hyväksi havaitsema ja kokemukseen perustuva toimintanäyttö eli asiantuntijuus, potilaan oma tieto sekä tieto palvelujärjestelmän mahdollisuuksista (Sarajärvi 2010: 12).

Näyttöön perustuvan hoitotyön vahvistaminen tapahtuu käytännössä usein erilaisissa kehittämisprojekteissa. Kehittämisprojektit ovat keinoja halutun muutoksen aikaansaamiseksi. Kehittämisprojektin tarkoituksena on vahvistaa työyhteisön toimintaa tavoitteiden suuntaiseksi. Kehittämisprojekteilla voidaan tarkoittaa myös uudistamista. Kehittämisprojektin toteutumista ja toimintamallin omaksumista voidaan edistää interventioiden avulla. Näin pyritään vaikuttamaan työntekijöiden toimintaan muuttamalla heidän toimintakäytäntöjään. (Sarajärvi 2010: 111, 130.) Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä -projektissa on käytetty apuna interventioita. Kehittämisprojektin mentoreina toimivat Metropolia Ammattikorkeakoulun opettajat tai projektikoordinaattorit. (Helsingin kaupungin psykiatriaosasto 2010.)

Näyttöön perustuvaa toimintaa edistävät hoitotyön johtajan toiminta, muutosjohtaminen, ilmapiirin kehittäminen, tiedotus, koulutus, moniammatillinen yhteistyö sekä evidenssin saatavuus, esitystapa ja käyttöarvo (Häggman-Laitila 2008: 243). Hoitotyön kehittäminen näyttöön perustuvaksi edellyttää hoitotyöntekijöiden omakohtaisen kehittymisen lisäksi myös tiimi-, toimintayksikkö- ja johtotason kehittämistoimenpiteitä. Kehittäminen edellyttää kliinisen ja käytännön hoitotyöhön sovellettavan tutkimustiedon lisäämistä, koko henkilöstön ja eri organisaatiotasojen sitoutumista ja osallistumista sekä erilaisia motivoivia interventioita. (Häggman-Laitila 2009: 12.)

Näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttamiseksi tarvitaan toisiaan täydentäviä tukirakenteita valtakunnallisella, alueellisella ja toimintayksiköiden tasolla. Rakenteiden lisäksi kliinisessä hoitotyössä toimivilla tulee olla käytössään valmiiksi koottua ja luotettavaksi arvioitua tutkimusnäyttöä. Tutkimustieto on käytännön työntekijälle ja potilaalle käyttökelpoisinta silloin, kun se on valmiiksi arvioitua, koottua ja tiivistettyä.

Tästä esimerkkinä toimivat hoitotyön suositukset, järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset ja toimintaohjeet. (Korhonen 2010: 38–41.)

Maija Huplin, Kirsi Johanssonin ja Pirjo Lahtisen (2010: 116.) tutkimuksessa ”Sairaanhoitaja tutkimustiedon käyttäjänä” johtopäätöksissä ja jatkotutkimushaasteissa todetaan:

Hoitotieteellisiä julkaisuja lukeva sairaanhoitaja toimii aktiivisesti keskustelemalla kollegoidensa kanssa ja etsimällä aktiivisesti tietoa. Yksikin aktiivinen sairaanhoitaja voi esimerkiksi virittää keskustelua ja kiinnostusta tutkimustietoa kohtaan.

5 Epävakaan persoonallisuushäiriön määrittely

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsiville potilaille on ominaista vaikeus hallita äärimmäisyydestä toiseen nopeasti vaihtelevia intensiivisiä tunnetiloja. Todellinen tai kuviteltu hylätyksi tai mitätöidyksi tulemisen tunne johtaa helposti äkisti purkautuvaan kiukkuun tai impulsiiviseen käytökseen, johon liittyy usein väkivaltaisuutta, itsensä vahingoittamista tai toistuvia itsemurhayrityksiä. Itsensä vahingoittaminen onkin ymmärrettävissä potilaan epätoivoiseksi keinoksi säädellä psyykelleen ylivoimaisen ahdistavia tunteita. Kyvyttömyys havainnoida omia tunteitaan ja mielikuviaan lisää sisäistä tyhjyyttä ja elämän merkityksettömyyden kokemusta. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän potilaan ydinongelma on vaikeus hallita voimakkaita kielteisiä tunteita. Potilaan impulsiivisuus ja loukkaantumisalttius on myös omiaan herättämään hoitoalan työntekijöissä voimakkaita kiukun, syyllisyyden ja avuttomuuden tunteita. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä potilas on siis hoitojärjestelmälle suuri haaste. (Larmo 2004: 2861–2862.)

Marsha Linehan (1993) vertaa potilaiden tunneherkkyyttä siihen, että heiltä puuttuisi emotionaalinen iho. Emotionaalisessa haavoittuvuudessa on hänen mukaansa kolme tekijää: 1. Herkkyys tunneärsykeille: potilas reagoi nopeasti pieniin ärsykkeisiin. 2. Tunnereaktion intensiteetti: tunne-elämän epävakaudesta kärsivien tunnereaktiot ovat usein äärimmäisiä. 3. Hidastunut palautuminen perustasolle: esim. pelästymisen voi tuoda epävakaalla persoonallisuushäiriöpotilaalla esiin traumoja ja uskomuksia itsestä pahana ja hyödyttömänä. Juuri affektiivinen epävakaas näyttäa tutkimuksien valossa

epävakaan persoonallisuuden piirteistä kaikkein pitkäkestoisimmalta. (Koivisto 2009: 21–22.)

Tyhjyyden tunne on yleinen tälle potilasryhmälle. Ajatellaan, että puutteellisen varhaisen huolenpidon saanut potilas on altis kokemaan tyhjyyttä, koska hänen on vaikea muodostaa mielikuvaa itsestä hoivattuna. Tämä taas johtaa siihen, ettei potilas kykene tyyntymään itse itseään. Yleisenä näkemyksenä tyhjyyden tunteelle on, että potilas pyrkii suojautumaan psyykkiseltä kivulta estämällä tunteidensa kokemisen. Häpeä on epävakaudesta kärsivillä potilailla keskeisimpiä tunteita monien psykoterapeuttien kliinisten havaintojen mukaan. Sen ymmärretään syntyvän, kuten vihankin, sekundaaritunteena potilaan reaktiona johonkin primaaritunteeseen. (Koivisto 2009: 24.)

Ihmissuhteiden ja identiteetin säätelyn häiriö on yksi oirekriteereistä. Hylätyksi tulemisen pelko on useimpien kokemusmaailmassa keskeisellä sijalla. On tutkittu, että varhaisten kiintymyssuhteiden turvattomuus saa aikaan hylätyksi tulemisen pelkoa. Anthony Bateman ja Peter Fonagy (2006) kuvaavat, että epävakaata persoonallisuutta luonnehtii hyperaktiivinen tai hypersensitiivinen kiintymyssuhdesysteemi. Tämä systeemi aktivoituu herkästi ja ihmissuhteet voivat muuttua hyvin läheisiksi lyhyessä ajassa. Epävakaudesta kärsiviä potilaita luonnehtii myös identiteettihäiriö, epävakaata minäkuva ja epävakaata kokemus itsestä. Jos kokemus omasta itsestä on epäjatkuvaa, on vaikea nähdä yksittäisiä tapahtumia ja tilanteita omaan itseen pysyvästi liittyvinä. (Koivisto 2009: 26–28.)

Ajattelun ja havaintotoimintojen lyhytkestoiset häiriöt ovat yksi oirekriteereistä. Potilailla voi emotionaalisesti kuormittavina hetkinä olla dissosiatiivisia oireita ja hetkellistä paranoidista ajattelua. Dissosiatiivinen oireilu tarkoittaa, että potilaan on vaikea yhdistää ajatuksia, tunteita, kokemuksia ja muistoja yhdeksi kokonaisuudeksi. Potilaalla voi olla ajantajun hetkellistä katoamista tai muistiaukkoja. Kun epävakaudesta kärsivä potilas saa tarpeeksi huomiota ja huolenpitoa ajattelu- ja havaintotoimintojen oireet usein korjautuvat. Epävakaata persoonallisuus eroaa psykoosisairauksista ajattelun- ja havaintotoimintojen häiriöiden keston suhteen siten, että epävakailla persoonallisuuksilla nämä oireet väistyvät yleensä minuuttien tai tuntien kuluessa. (Koivisto 2009: 29.)

5.1 Etiologia

Epävakaan persoonallisuushäiriön taustatekijät tunnetaan vain osittain, mutta nykytiedon mukaan ne koostuvat sekä geneettisistä että lapsuuden kasvuympäristöön liittyvistä tekijöistä. On todennäköistä, että peritty alttius ja traumaattisen ympäristön yhteisvaikutus vaikuttavat enemmän kuin pelkkä perimä itsessään. Useiden tutkimusten mukaan geneettiset tekijät selittävät häiriön ydinpiirteitä (mm. impulsiivisuus, aggressiivisuus ja tunne-elämän epävakaus) eivätkä niinkään koko oireyhtymää. Marsha Linehanin mukaan monien epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden lapsuuden kasvuympäristö on ollut invalidoiva. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna Paris (1996) olettaa, että häiriö on osittain nopeiden sosiaalisten muutosten seurausta. Häiriötä ei juuri esiinny perinteisissä yhteiskunnissa, joissa on tämäntyyppiseltä psykopatologialta suojaavia tekijöitä. Perinteisissä yhteiskunnissa suuri perheyksikkö suojelee tälle häiriötyypille alttiitakin henkilöitä. Moderni yhteiskunta taas asettaa suuria vaatimuksia jäsentensä yksilöitymiselle. Temperamenttiulottuvuus, jota kutsutaan tunne-elämän säätelyn vaikeudeksi, on nykytiedon mukaan epävakaan persoonallisuuden ydinpiirre. Ihmisten voimavarojen, suojaavien tekijöiden ja haavoittuvuustekijöiden yhteisvaikutukset elämäkokemusten kanssa ovat vielä toistaiseksi tuntemattomia. (Terveyskirjasto 2009; Koivisto 2009; Koivisto 2005: 4617–4619.)

5.2 Diagnosointi

Psykiatrisena diagnoosina epävakaa persoonallisuus on melko uusi. Käypä hoito -suositus (2008) sekä Koivisto (2009) käyttävät joko virallista diagnostista nimeä ”tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus” tai termiä ”epävakaa persoonallisuus”. DSM III -tautiluokituksessa diagnoosi esiintyi ensimmäisen kerran vuonna 1980 ja ICD 10 -luokituksessa v. 1992. Häiriön piirteitä on tosin tunnistettu jo paljon aiemmin. Häiriöluokitusten kriteerit kuvaavat enimmäkseen oireita ja käyttäytymistä sekä myös persoonallisuuden piirteitä. Epävakaan persoonallisuuden diagnostista rajankäyntiä joko skitsofrenian tai mielialahäiriöiden suuntaan on tutkittu paljon. DSM III -luokitus tarkensi epävakaan persoonallisuushäiriön määritelmää olennaisesti, kun se luokitteli v. 1980 psykoosiin liittyvän persoonallisuuden omaksi häiriökseen. Käsitys, että epävakaa persoonallisuushäiriö olisi mielialahäiriön muoto, ei ole saanut vahvistusta. Epävakaan persoonallisuushäiriön ennuste ei ole nykytiedon valossa niin negatiivinen kuin aiemmin

luultiin. Häiriö korjaantuu usein iän myötä niin, että sen diagnostiset kriteerit eivät enää täyty. (Koivisto 2009: 12–13; Koivisto 2005: 4620.)

DSM-tautiluokituksen uusimman version DSM-IV-TR:n mukaan epävakaata persoonallisuushäiriötä diagnosoidaan kaksivaiheisesti. Ensin pitää täytyä ns. yleisen kriteerin, jonka perusteella potilaan persoonallisuushäiriö määritetään. Kuhunkin persoonallisuushäiriöön sopivat tietyt oireet ja nämä potilaan oireet määritetään. Mikäli riittävän moni kriteeri täyttyy potilaalla, on kyse siitä persoonallisuushäiriöstä, jossa nämä oirekriteerit täyttyivät. Suomessa käytössä oleva ICD 10 -tautiluokitus määrittelee persoonallisuushäiriön myös kaksivaiheisesti. Tautiluokituksessa tulee myös yleisten ja erityisten kriteerien täyttyä, jotta epävakaata persoonallisuushäiriötä voidaan diagnosoida (liite 1). (Koivisto 2009: 12–13.)

DSM-IV-TR -luokitus jaottelee epävakaan persoonallisuushäiriön yhteen diagnostiseen kriteeriin: rajatilapersonallisuushäiriöön. ICD 10 -tautiluokituksen mukaan epävakaan persoonallisuushäiriön kriteerit jaotellaan kahteen tyyppiin: impulsiiviseen häiriötyyppiin ja rajatilatyyppiin. Käypä hoito -suosituksen (2008) ja Koiviston (2009) mukaan impulsiivista häiriötyyppiä kuvaavat tunne-elämän epävakaas ja yllykkeiden hallinnan puute. Väkivaltaiset purkaukset ja uhkaava käytös kuuluvat tähän tyyppiin, varsinkin reaktiona muiden kritiikkiin. Rajatilatyyppi-diagnoosissa esiintyvät useat tunne-elämän epävakaasisuuden piirteet. Häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa ja sisäisissä pyrkimyksissä ovat tavallisia, samoin jatkuva tyhjyyden tunne. Epävakaaat ihmissuhteet aiheuttavat toistuvia tunne-elämän kriisejä. Ne ovat usein yhteydessä pyrkimykseen välttää hylätyksi joutumista. Kriisit voivat johtaa toistuviin itsemurhayrityksiin sekä monenlaiseen itsetuhoisuuteen. Itsetuhoisuutta saattaa ilmetä myös ilman ulkoista aiheuttajaa. (Koivisto 2009: 14; Käypä hoito 2008.)

Psykoanalyttikko Adolf Stern loi rajatila-käsitteen jo vuonna 1938. Hänen lähtökohtanaan oli malli, jossa psyykkisen häiriön aste vaihtelee normaalista neuroottisen kautta psykoottiseen. Hänen mukaansa ”rajatila” (borderline) sijaitsee neuroosin ja psykoosin rajalla. Otto Kernberg (1994) esitti mallin, jonka perustana ovat rakenteelliset kriteerit: identiteetin hajaannus, puolustusmekanismien taso sekä kyky realiteettitestaukseen. Neuroottinen, rajatila- tai psykoottinen persoonallisuusrakenne määritellään näiden pohjalta. Rajatilapersonallisuusrakenteen omaavalla potilaalla on

tämän mallin mukaan puutteellinen minäkäsitys tai käsitys hänelle merkityksellisistä ihmisistä, primitiiviset puolustusmekanismit ja normaali realiteettitestausta. DSM-IV- tai ICD-10-luokitusten diagnoosi epävakaata persoonallisuushäiriötä on suppeampi käsite kuin rajatilapersonallisuushäiriötä tai kehityksellisesti rajatilatasoinen häiriö. Rajatilatasoinen häiriö tarkoittaa kehityksellisesti varhaisempaa ja vaikeampaa häiriötä kuin neuroottinen tila, mutta lievempää kuin psykoosi. Oppimisteoreettisesta näkökulmasta katsottuna Linehan (1993) on kartoittanut rajatilapotilaiden taidoissa esiintyvät puutteet ja luokitellut ne neljään ryhmään: vaikeudet tunnesäätelyssä, hyvien ihmissuhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä, vaikeudet tilanteiden sietämisessä sekä tietoisuustaidoissa. (Kåver 2004: 24–25; Eronen 2001: 377.)

Traumamallin mukaan monet tutkijat ovat havainneet yhtäläisyyksiä epävakaan persoonallisuuden ja traumaperäisen stressireaktion välillä. Van der Kolkin (1996) mukaan puutteellinen tunnesäätely on lapsen pitkäaikaisen traumatisoitumisen keskeisiä seurauksia. Useissa tutkimuksissa on todettu epävakaan persoonallisuuden olevan erityisen tavallinen seksuaalisen hyväksikäytön uhreilla. Lapsuuden aikaisilla traumatisoivilla elämäntapahtumilla ja epävakaalla persoonallisuudella on todettu olevan selvä yhteys. (Kåver 2004: 29–31.)

6 Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoitokeinot

6.1 Psykoterapeuttiset hoitomallit

Satunnaistettuihin ja kontrolloituihin tutkimuksiin tai riittävän suuriin, diagnostisesti täsmennettyihin seurantatutkimuksiin perustuva näyttö psykoterapioiden tehosta epävakaaseen persoonallisuuteen on ollut viime vuosiin asti vähäistä. Potilaiden vuorovaikutussuhteen ongelmat saattavat pitää yllä virheellisiä mielikuvia hoidon tehosta ja huonosta ennusteesta. Psykoterapeuttiset hoitomenetelmät ovat kuitenkin kehittyneet ja niiden tehosta on saatu korkeatasoisin tutkimuksiin perustuvaa tietoa. (Käypä hoito 2008; Korkeila 2007: 504.)

Uusi tutkimustieto on muuttanut käsitystä epävakaan persoonallisuuden olemuksesta ja hoidettavuudesta. On kertynyt tutkimusnäyttöä siitä, että epävakaasta

persoonallisuudesta kärsivät hyötyvät keskeisesti psykoterapeuttisesta hoidosta. Tietyillä psykoterapiamenetelmillä voidaan lievittää tehokkaasti potilaan oireistoa ja kuormitusta, edistää sopeutumista sekä kohentaa toimintakykyä. Psykoterapiamenetelmät, joita on tutkittu satunnaistetusti ja kontrolloidusti ovat dialektinen käyttäytymisterapia, skeematerapia, mentalisaatioterapia ja transferenssikeskeinen psykoterapia. Transferenssikeskeinen psykoterapia pohjautuu objektisuhdeteoriaan (liite 2). Psykoterapeuttisia hoitomalleja voidaan yhdistää muihin hoitomuotoihin. (Käypä hoito 2008.)

Tiedon lisääntyminen on muuttanut ymmärrystä myös siitä, mitä moni-ilmeisen häiriön hoidossa tarvitaan. Maaria Koivisto (2010) painottaakin tutkimuksensa ”Epävakaata persoonallisuus – Riittäkö yksi hoitomalli” -pohdinnassa sitä, että tulevien tutkimusten olisi hyvä pyrkiä selvittämään epävakaan persoonallisuuden kehittymisen ja ilmiön mekanismeja sekä erityisesti sitä, mitkä hoidon osatekijät ovat muutoksen kannalta tarpeellisia. (Koivisto 2010: 170, 207.)

Vuoden terapiajakson on todettu vähentävän potilaiden hoidon yhteiskunnalle aiheuttamia kokonaiskustannuksia noin 5000 euroa potilasta kohden vuodessa. Säästö on syntynyt suurelta osin itsemurhayritysten aiheuttamien sairaalakustannusten vähentämisen tuloksena. Tutkimusten valossa näyttää siltä, että näiden potilaiden pitkäkestoisen yksilöterapian tukeminen kannattaisi sekä taloudellisesti että inhimillisesti. (Larmo 2004: 2863.)

Opinnäytetyössämme avaamme Käypä hoito -suositukseen pohjaten dialektisen käyttäytymisterapian, skeematerapian, mentalisaatioterapian ja objektisuhdeteoriapohjaisen päiväsaarahoidon. Psykoterapeuttisista hoitomalleista painotamme eniten dialektista käyttäytymisterapiaa.

6.1.1 Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT)

Dialektinen käyttäytymisterapia on yhdysvaltalaisen Marsha Linehanin ja hänen työryhmänsä kehittämä integratiivinen hoitomalli. Se yhdistää erilaisia taustateorioita, ryhmä- ja yksilöterapiaa yhtenäiseksi hoidolliseksi kokonaisuudeksi. Hoito-ohjelma on kehitetty epävakaasta persoonallisuudesta ja itsetuhoisesta käyttäytymisestä kärsivien hoitoon. Hoidon tärkeimpänä tavoitteena on ehkäistä itsetuhoista käyttäytymistä.

Toiseksi pyritään estämään hoitosuhdetta haittaavaa toimintaa ja lisäksi tehostamaan ahdistuneisuuden hallintaa. Alkuperäisessä mallissa hoito toteutetaan avohoidossa. (Koivisto 2009: 80–81; Korkeila 2007: 504.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön psykoterapeuttisista hoitomalleista dialektista käyttäytymisterapiaa on tutkittu eniten ja sen vaikuttavuudesta on toistaiseksi julkaistu kahdeksan satunnaistettua ryhmävertailututkimusta. Suomessa dialektista käyttäytymisterapiaa on kehitetty pisimpään Järvenpään sosiaalisairaalassa. HUS HYKS Jorvin psykiatrian yksikössä alkuperäisen mallin mukainen hoito-ohjelma on toiminut vuodesta 2006. (Koivisto 2009: 93–94.)

Dialektisen käyttäytymisterapian taustateoriat

Dialektisen käyttäytymisterapian lähtökohtana on biososiaalinen teoria. Se on malli, jossa otetaan huomioon synnynnäiset temperamenttimuuttujat ("bio-") sekä yksilön vaikutus ympäristön kanssa ("sosiaalinen"). Biososiaalinen teoria ei pyri olemaan kaikenkattava, oikein tai edes totta. Sen tavoite on tarjota yhtenäinen ymmärrys, integratiivinen malli, epävakaan persoonallisuushäiriön kehitymisestä hoidon perustaksi. Teorian mukaan epävakaata persoonallisuushäiriötä syntyy, kun emotionaalisesti haavoittuva yksilö kasvaa ympäristössä, jossa hän ei saa oppia herkkyytensä käsittelemiseen tarvittavia taitoja. Yksilön ominaisuudet vaikuttavat jatkuvasti ympäristöön ja ympäristön ominaisuudet yksilöön. Vaikuttavin yksilön synnynnäinen ominaisuus on temperamentti. Ympäristön ominaisuuksista merkittävin käsite on validointi, joka tarkoittaa kokemuksen oikeaksi vahvistamista ja hyväksymistä. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvä tunteiden säätelyn häiriö ymmärretään kehittyneen epävalidoivassa ympäristössä. (Koivisto 2009: 80–81; Kåver 2004: 53.)

Transaktiomalli on biososiaalisen teorian malli, joka kuvaa temperamentin ja ympäristön valistia yhteisvaikutusta. Transaktionaalisessa mallissa vaikutusten ymmärretään olevan molemminpuolisia ja jatkuvia. Tämän teorian mukaan tunteiden säätelyn kehittymisen taustalla on lapsen ja hänen ympäristönsä jatkuva vastavuoroinen vuorovaikutus yksittäisten tekijöiden tai tietyn ajanjakson tapahtumien sijaan. (Koivisto 2009: 80; Kåver 2004: 59.)

Dialektisen käyttäytymisterapian perusteoriaina ovat oppimisteoria, kognitiivinen teoria, dialektinen filosofia ja zen-buddhalainen filosofia. Hoidon ytimen muodostavat oppimis- ja käyttäytymisteoria. Zen-buddhalaisiin mietiskelymenetelmiin perustuva tietoinen läsnäolo eli mindfulness on yksi dialektisen käyttäytymisterapian kulmakivistä. (Koivisto 2009: 80; Kåver 2004: 67.)

Oppimisteoriassa korostuu potilaan kyky oppia ja uudelleenoppia. Oppiminen voidaan määritellä uusien kokemusten aiheuttamaksi muutokseksi, jotka syntyvät ihmisen tavassa ajatella, toimia ja tuntea. Käyttäytymisterapiassa työskennellään intensiivisesti muutoksen parissa tavoitteena luoda edellytykset sille, että potilas voi saavuttaa tavoitteensa. Tavoitteeseen päästään muuttamalla potilaan käyttäytymistä tai hänen ympäristöään, toisinaan kumpaakin. Muutos voi tarkoittaa myös sitä, että potilas oppii hyväksymään itsensä ja todellisuutensa sellaisena kuin ne ovat. (Kåver 2004: 67–68.)

Kognitiivisen psykoterapian perusmenetelmiä hyödynnetään dialektisessa käyttäytymisterapiassa potilaan ajatusten, tunteiden ja uskomusten yhteisessä tutkimisessa. Painotus on kuitenkin perinteisestä kognitiivisesta psykoterapiasta poiketen epävakasta persoonallisuudesta kärsivän ydinongelmassa, vaikeudessa luottaa omien ajatusten ja tunteiden pätevyyteen. Ydintavoitteena on edistää potilaan luottamusta omien kokemustensa pätevyyteen. (Koivisto 2009: 83–84.)

Kognitiiviseen teoriaan pohjaten puhutaan kolmenlaisesta ajattelusta kolmella tietoisuustasolla. Nämä kolme eri tasoa ovat päivittäiset automaattiset ajatukset, elämänsäännöt tai perusolettamukset ja kognitiiviset skeemat. Päivittäiset automaattiset ajatukset ovat pinnallisia, katkelmaisia ja suhteellisen helposti tunnistettavia ajatuksia. Elämänsäännöt tai perusolettamukset ovat potilaan tietokokoelma siitä, miten hänen tulee käyttäytyä tai suhtautua eri tilanteissa. Kognitiiviset skeemat ovat eräänlaisia potilaan henkilökohtaisia hallitsevia totuuksia omasta persoonasta, elämästä ja muista ihmisistä. Kognitiiviset skeemat eli ajatusprosessit ovat potilaan itsensä vaikea tiedostaa tai hahmottaa. Nämä kolme eri ajattelutasoa liittyvät läheisesti yhteen. (Kåver 2004: 78–79.)

Hoitomenetelmät

Validointi ja muutosstrategiat muodostavat dialektisen käyttäytymisterapian hoitomenetelmien perustan. Validointi eli kokemuksen oikeellisuuden vahvistaminen, on selkein tapa viestittää potilaalle, että hänen kokemuksensa otetaan todesta ja hyväksytään. Muutosstrategioista tärkeimpiä ovat taitovalmennus, ongelmaratkaisu ja ketjuanalyysi, seurausten selventäminen, edukaatio, rooliharjoitukset sekä altistus. Validointia ja muutosstrategioita käytetään jokaisessa kohtaamisessa potilaan kanssa. Olennaista on validoinnin ja muutosstrategioiden välinen tasapaino. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa vallitsee vastavuoroinen tyylistratagia, lähestymistapa, joka on lämmin ja sitoutunut. Suorapuheista lähestymistapaa käytetään silloin, kun halutaan puhua vaikeista asioista suoraan, avoimesti ja uusia näkökulmia herättäen. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa halutaan luoda emotionaalisesti intensiivinen tunnelma. (Koivisto 2009: 89.)

Ketjuanalyysin (funktionaalinen analyysi) avulla tutkitaan tietyissä tilanteissa ilmeneviä tunteita, ajatuksia ja käyttäytymistä ketjumaisesti vaihe vaiheelta. Ongelma pyritään määrittelemään ja sitä kuvataan tarkasti käyttäytymisen tasolla. Samanaikaisesti tarkastellaan tunnetiloja. Ketjuanalyysin avulla etsitään toistuvia käyttäytymismalleja ja lisäksi huomiota kiinnitetään käyttäytymisen seurauksiin. Analyysillä pyritään löytämään vaihtoehtoisia lähestymistapoja ja toimintoja ratkaista ongelmia. Ketjuanalyysiin sisältyy äskettäin sattuneen tapahtuman, ongelmakäyttäytymisen sekä mahdollisten muuttujien tunnistaminen, jotka ovat laukaisseet ongelmakäyttäytymisen. Mahdollisia muuttujia ovat haavoittuvuustekijät, triggerit eli laukaisevat tekijät sekä välilliset tekijät. Viimeisenä ketjuanalyysissä arvioidaan ongelmakäyttäytymisen lyhyen ja pitkän aikavälin seuraukset. (Koivisto 2009: 82; Kåver 2004: 74–75.)

Dialektiikka on peräisin kreikan kielestä ja tarkoittaa keskustelu- ja väittelytaitoa. Dialektisen käyttäytymisterapien teoriakehittelyn pohja perustuu dialektiseen filosofiaan. Dialektiikka voidaan ymmärtää tekniikkana asettaa väitteille vastaväitteitä ja päästä sitä kautta oivalluksiin eli synteisiin. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien kanssa työskentelyyn liittyy dialektisia jännitteitä. Käytännössä dialektisten strategioiden avulla potilasta autetaan ilmiöiden monitahoisuuden ymmärtämiseen ja ristiriitaisuuksia sisältävien kokonaisuuksien näkemiseen. Dialektisia strategioita ovat

viisauden löytäminen eli tietoisuustaitojen harjoittelu, metaforien käyttö, paradoksit, paholaisen asianajaja eli teesien käyttö, kärjistäminen ja vaikeuksien näkeminen mahdollisuutena. Dialektisten strategioiden käyttö on hitaasti opittavissa, vaatii taito- ja työnohjausta. (Kåver 2004: 80–81, 123–132.)

Marsha Linehan on nimennyt kliinisten havaintojensa pohjalta vastakkaisten käyttäytymistaipumusten pareja, joita kutsutaan dialektisiksi ongelmiksi. Nämä dialektisia ääripäitä edustavat käyttäytymistavat kuvaavat tunteiden virhesäätelyn ja siihen yhteydessä olevien sosiaalisten seurausten vuorovaikutusta. Nämä ovat hoidon toissijaisia tavoitteita, joiden tarkoituksena on auttaa potilasta ratkaisemaan yli- tai alisäädetyjen tunteiden dialektiikka. Epävakaita käyttäytymismalleja ovat tunnehaavoittuvuus ja itsen mitätöinti, aktiivinen passiivisuus ja näennäinen kompetenssi sekä toistuvat kriisit ja estynyt sureminen. (Holmberg 2008: 232–234.)

Tietoisien läsnäolon (mindfulness) juuret ovat zen-buddhalaisessa filosofiassa. Mietiskelyn avulla pyritään tulemaan tietoiseksi ja tarkkaavaiseksi nykyhetkessä. Tietoisuuden ja tarkkaavaisuuden kohdistamista voidaan pitää buddhalaisen mietiskelyn ydinajatuksena. (Kåver 2004: 82–83.) Tietoinen läsnäolo muodostuu kahdesta eri osatekijästä, jotka ovat tarkkaavaisuus sekä hyväksyminen ja avoimuus kokemuksille. Tietoisesti läsnäoleva potilas suuntaa tarkkaavaisuutensa nykyhetkeen havainnoiden ulkoisia tai sisäisiä tekijöitä. Hänen asenteensa on avoin, vastaanottava, myötäelävä ja hyväksyvä. Tietoisien läsnäolon taidot koostuvat neljästä eri osatekijästä, joita ovat havainnointi, kuvailu, osallistuminen läsnäolevasti ja täydellisesti sekä arvottamaton, tuomitsematon hyväksyminen. (Koivisto 2009: 84.)

Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidossa tietoisien läsnäolon taitojen ajatellaan olennaisesti vaikuttavan tunteisiin ja niiden säätelyyn. Tietoisien läsnäolon harjoittelu luo pohjaa itsehavainnointikyvyille ja integratiiviselle kokemistavalle. Se antaa mahdollisuuden tunnesäätelyyn, intensiivisen tunnetilan säätelyyn ja kokemusten tarkasteluun etäämmältä. Harjoittelu auttaa altistumaan tunteille. Se auttaa omien kokemusten, itsen ja muiden hyväksymisessä sekä korjaa itsemitätöivää tyyliä. Mindfulness luo perustan läsnäololle nykyhetkessä ja tasapainottaa muutosta tavoittelevia väliintuloja. (Koivisto 2009: 85–89.)

Dialektisen käyttäytymisterapian hoito-ohjelma

Hoito-ohjelman elementtejä ovat yksilö- ja psykoterapia 1–2 kertaa viikossa, taitovalmennus ryhmässä kerran viikossa ja mahdollisuus puhelinyhteyteen yksilöpsykoterapeutin kanssa sekä terapeuttinen konsultaatiotiimi (Koivisto 2009: 80).

Taitovalmennus koostuu tietoisuustaitojen (mindfulness), tunnesäätelytaitojen, kriisitaitojen ja vuorovaikutustaitojen harjoittelusta (Koivisto 2009: 90). Koska potilaan vaikeuksien katsotaan johtuvan puutteellisista taidoista, hoidon perustana on puuttuvien taitojen opettelu. Dialektisen käyttäytymisterapian taitovalmennus on psykologis-pedagoginen ohjelma, josta Marsha Linehan on kirjoittanut taitovalmennuskäsikirjan vuonna 1993. (Kåver 2004: 85.) Yksilöterapiata toteutetaan rinnakkain taitovalmennuksen kanssa. Yksilöterapia tasapainottaa taitovalmennusta, jotta potilaan akuutteja vaikeuksia voidaan käsitellä yksityiskohtaisemmin. (Kåver 2004: 87.)

Yksilöterapeutti kannustaa potilasta puhelinkonsultaatioon tapaamisten välillä. Puhelinkonsultaation strategia noudattaa tiukkoja sääntöjä. Puhelinyhteys on sallittu vain yksilöterapeuttiin ja puhelut rajataan kolmeen eri tilanteeseen. Ensimmäinen tilanne on, kun potilas on kriisissä eikä tiedä millaisia taitoja käyttäisi. Toisessa tilanteessa potilas tarvitsee apua taitojensa yleistämiseksi. Kolmannessa tilanteessa potilasta kehoitetaan soittamaan silloin kun hän epäilee, että suhde terapeuttiin ei ole vahvalla pohjalla. Potilas voi soittaa yksilöterapeutilleen ympäri vuorokauden, mutta terapeutti ei tietenkään voi olla tavoitettavissa kaiken aikaa. (Kåver 2004: 88–90.)

Terapeuttinen konsultaatiotiimi on osa hoitokokonaisuutta. Jokaisella potilaalla on yksilöterapeutti ja kaksi taitovalmennusryhmän ohjaajaa. Koko tiimi on vastuussa potilaasta. Konsultaatiotiimin tarkoituksena on auttaa ja tukea hoitoryhmän jäseniä jaksamaan, sekä ylläpitämään tasapainoa vuorovaikutuksessa ja dialektista lähestymistapaa potilaan kanssa. (Koivisto 2009: 90–91.)

Dialektisen käyttäytymisterapian hoito koostuu neljästä eri vaiheesta. Hoito alkaa perehdyttämisellä ja hoitoon sitoutumisen edistämällä. Ensimmäisessä vaiheessa keskitytään potilaan intensiivisen tuskan ja vakavaan käyttäytymisen säätelyn häiriöön.

Ensimmäisen vaiheen tavoite on käyttäytymisen säätelyn lisääntyminen. Toisessa vaiheessa keskitytään potilaan hiljaiseen epätoivoon, kuten estyneeseen suremiseen ja traumaperäiseen stressiin. Toisen vaiheen tavoitteena on emotionaalisen kokemisen lisääntyminen. Kolmannen vaiheen tavoitteet liittyvät elämisen ongelmiin, kuten itsearvostuksen lisääntymiseen, onnistumisen kokemusten lisääntymiseen sekä vetäytymisen ja vieraantumisen vähentymiseen. Neljännen vaiheen tavoitteet liittyvät vaillinaisuuden tunteeseen, kuten integraation lisääntymiseen, merkitysten löytymiseen, kykyyn kokea iloa ja vapauden tunnetta. Hoidon vaiheistus ei ole jäykkä tai rajoittava, pikemminkin kuin kartta tai tienviitoitus. Tavoitteet asetetaan yksilöllisesti ja potilaan jatkuvan voinnin arvioinnin seurauksena. (Koivisto 2009: 92–93.)

Dialektinen käyttäytymisterapia potilaan kohtaamisessa

Psykoterapeutti (VET) Teemu Ryhänen toteaa Jorvin sairaalan ”Itsetuhoisen potilaan arviointi – Dialektinen käyttäytymisterapia potilaan kohtaamisessa” -koulutuksessa, että dialektinen käyttäytymisterapia on käyttäytymisterapiaa isolla K:lla. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa hoidetaan potilaan käyttäytymistä eli opetetaan potilaalle käyttäytymisen periaatteita. Ryhänen muistuttaa, että itsetuhoisen ja epävakasta persoonallisuudesta kärsivän potilaan elämä on usein sietämätöntä. Tyypillisesti tunne-elämän epävakaudesta kärsivä potilas lopettaa unelmoimisen, koska pyrkimys suunnitella tulevaisuutta on estynyt. Kaiken kattavana tavoitteena on tarjota potilaalle elämisen arvoisen elämä. Se ei ole itsemurhien ehkäisyprojekti, vaan elämänlaadun ”kohotusprojekti”. (Ryhänen 2011.)

Ryhänen arvioi, että dialektisen käyttäytymisterapian vaikuttavimmat tekijät ovat taitovalmennus ja potilaan yksilöllinen ohjaaminen taitojensa käyttämiseen. Ryhänen kuvaa dialektisen käyttäytymisterapian ydinideaa metaforalla: potilaan tippuessa veneestä veteen terapeutti ei nosta häntä ylös vaan opettaa hänet uimaan. Potilaan uusia taitoja opetetaan käyttämään askel kerrallaan. Apunaan terapeutti käyttää oman elämänsä esimerkkejä, jotka jäävät paremmin potilaan mieleen. Systemaattisen altistuksen avulla terapiassa on tavoitteena muuttaa potilaan kognitiota, oppia uutta käyttäytymistä ja taitoja sekä saada nämä kaikki toimimaan yhdessä. Koska potilasryhmän hoito on erittäin haastavaa, noin 25 %:lla hoito-ohjelman potilaista ei saada haluttua vastetta aikaiseksi. Tähän Ryhänen toteaa: ”Ei vain löydy avainta, joka sopisi lukkoon”. Potilasryh-

män koko hoidon haastavuutta kuvaa hyvin Marsha Linehanin vertauskuva, jonka taustalla on mindfulness: "Opetetaan potilasta rakentamaan telttaa myrskyssä". (Ryhänen 2011.)

Dialektinen käyttäytymisterapia on näyttöön perustuva, periaatepohjainen terapia, jossa sovelletaan useita valmiita protokollia (ohjeistuksia, manuaaleja). Terapia koostuu vain toimivista käytännöistä, sillä toimimattomat käytännöt on hylätty. Se on tarkoitettu moninaisen diagnoosin omaaville, vaikeasti hoidettaville ja toistuvasti itsetuhoisille potilaille. Nykyisin sovellutuksia on useisiin eri mielen häiriöihin sekä erilaisille potilasryhmille. Niitä on kehitetty nuorille ja vanhuksille, oikeuspsykiatrisille potilaille, syömishäiriöpotilaille, perhetyön asiakkaille sekä psykiatristen osastojen käyttöön. (Ryhänen 2011.)

Lähtökohtana hoitohenkilökunnan asennoitumiselle tulisi olla, että potilaat tekevät hoidossa parhaansa ja haluavat parantua, vaikka potilasryhmälle tyypillinen aktiivinen passiivisuus viestittäisikin toisin. Terapeutti on aina potilaan puolella, ei ongelmakäyttäytymisen. Ryhänen muistuttaa, että potilaan positiivinen vahvistaminen ei maksa mitään. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa halutaan aktiivisesti viestittää potilaalle, että potilas ei voi epäonnistua yrityksessään. Potilaan suuret tunteet, joista vaikeudet kumpuavat, nähdään mahdollisuutena päästä harjoittelemaan uutta käyttäytymistä. Terapeutin rooli on äärimmäisen avoin. Potilaan kanssa toimitaan niin kuin kenen tahansa muunkin ihmisen kanssa. Jos potilasta kohtelee potilaana, hän käyttäytyy kuin potilas. (Ryhänen 2011.)

Dialektisen käyttäytymisterapian ydinstrategiat ovat validaatio (hyväksyntä) ja ongelmaratkaisu (muutos). Ryhänen kertoo, että jo pelkästään ydinstrategioita toteuttamalla hoitohenkilökunta voi toteuttaa "köyhän miehen DKT:tä". Validointi liittyy kiinteänä osana ongelmaratkaisun ketjuanalyysiin. Hoitohenkilökunnan tulee tutkia ja analysoida potilaan käyttäytymistä, jotta sitä voi ymmärtää ja validoida. Itsetuhokäyttäytymisen eskaloituminen kulkee aina ketjuna, eli se johtuu jostakin. Keskustelussa tulee etsiä aktiivisesti kohtia, joita voidaan validoida. Validointi vähentää ahdistuneisuutta ja laskee tunteiden intensiteettiä. Ryhäsen mukaan epävakaa persoonallisuudelle on tyypillistä pyrkimys validaatioon. Tämä näkyy päivystykseen ja osastohoitoon pyrkimisenä, missä potilas tietää saavansa validaatiota. Sairaalahoitoon pääseminen osoittaa poti-

laalle, että hänen tunteensa otetaan todesta. Osastohoito ei ole ongelmanratkaisukeino, mutta se on paikka, missä potilas kokee tunteidensa tulevan kuulluksi. Ryhänen muistuttaakin, että psykiatrisessa avohoidossa tulisi myös kehittää validoivaa työtapaa, jolloin potilaan ei tarvitsisi hakea validaatiota osastohoidosta. Potilaan ongelmat tulee hoitaa siinä ympäristössä, mihin ne kuuluvat. Ennen kaikkea tavoitteena on saada potilaan oma ympäristö validoivaksi, jolloin hän ei tarvitse edes avohoitoa. (Ryhänen 2011.)

6.1.2 Skeematerapia (SFT)

Skeemakeskeinen terapia (schema-focused therapy, SFT) on kognitiivisen psykoterapian muoto, jossa huomio kohdistuu potilaan lapsuudessa ja nuoruudessa syntyneisiin vääristäviin skeemoihin eli toistuviin, kärsimystä tuottaviin kokemuksen tapoihin ja niiden yhteyteen nykyongelmiin. Skeematerapiassa yhdistyvät kognitiivinen, behavioraalinen, kokemuksellinen ja vuorovaikutteinen lähestymistapa. Skeematerapia laajentaa teoreettista näkökulmaa erityisesti kiintymyssuhdeteoriaan. Yhdysvaltalainen Jeffrey Young on kehittänyt tätä terapiasuuntausta persoonallisuushäiriöistä ja niiden piirteistä kärsivien hoitoon. Skeemakeskeisen terapian keskeiset käsitteet ovat skeema (kreikk. skhema = kuvio), maladaptiivinen skeema ja skeemamoodi. Skeemakeskeisen psykoterapian tavoite on, että maladaptiiviset tunteet ja selviytymiskeinot korvautuisivat adaptiivisilla, ”terveen aikuisen” tunteilla ja selviytymiskeinoilla. (Koivisto 2009: 94; Lindeman 2004: 2889–2895.)

Skeema tarkoittaa rakennetta, runkoa tai ääriviivoja. Skeema on malli, jonka läpi tarkastellaan maailmaa tai kokemusta, jotta niitä on helpompi selittää. Se määrittää havaintoja ja ohjaa tapahtumiin reagoimista. (Young 2008: 33.) Skeemat ohjaavat automaattisesti ihmisen tiedonkäsittelyä siten, että informaatiota jäsennetään ja tulkitaan skeemojen mukaisesti. Tällaista informaation prosessointia määrää viime kädessä se, millaisia havaintoja ihminen tekee itsestään, muista ihmisistä ja vuorovaikutussuhteista sekä millaisia merkityksiä hän antaa eri asioille. (Lindeman 2004: 2889.)

Maladaptiiviset skeemat

Maladaptiiviset skeemat ovat lapsuudessa syntyneitä, laaja-alaisia ja vakiintuneita tapoja tulkita itseensä ja muihin liittyviä kokemuksia vääristyneellä tavalla. Niiden on ajateltu syntyvän siksi, että terveen kehityksen kannalta keskeiset ominaisuudet kuten autonomia, kyky liittyä muihin, itsearvostus, kohtuulliset odotukset ja realistiset rajat eivät ole kehittyneet suotuisasti. Koska maladaptiiviset skeemat ovat varhain syntyneitä, potilas ylläpitää niitä tietoisesti tai tiedostamattaan. (Lindeman 2004: 2890.)

Maladaptiivisia skeemoja on 18 ja ne ovat ryhmiteltävissä viideksi laajemmaksi kokonaisuudeksi sen mukaan, mihin psykologiseen kehitystehtävään ne liittyvät. Skeemakokonaisuuksia ovat irrallisuus ja hylkääminen, heikentynyt autonomia ja alisuoriutuminen, heikentyneet rajat sekä muut kokonaisuudet, joita ovat suuntautuneisuus ja estyneisyys (liite 3). (Karila 2008: 205.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla esiintyvät käytännössä kaikki 18 maladaptiivista skeemaa, ja nämä potilaat siirtyvät nopeasti voimakkaasta tunnetilasta eli moodista toiseen (Lindeman 2004: 2890).

Skeemamoodit

Skeemamoodeilla tarkoitetaan kullakin hetkellä aktiivisia skeemoja ja niihin liittyviä selviytymiskeinoja. Moodi eli minätila on tietyissä tilanteissa esiin tuleva emotionaalinen tila, jonka vallitessa ihmisen mielen valtaavat hänelle ominaiset ajatukset ja tunteet. Skeeman aktivoituminen johtaa moodin aktivoitumiseen. (Lindeman 2004: 2890.)

Skeemamoodeja on tunnistettu kymmenen ja ne voidaan jakaa neljään kategoriaan: lapsimoodit, maladaptiiviset selviytymismoodit, maladaptiiviset vanhemman moodit ja terveen aikuisen moodit. Lapsimoodia on neljä: haavoittuva lapsi, vihainen lapsi, impulsiivinen tai kuriton lapsi ja tyytyväinen lapsi. Lapsimoodit ovat sisäsyntyisiä ja kaikilla lapsilla on valmius näihin moodeihin. Maladaptiivisia selviytymismoodia on kolme: mukautuja, suojautuja ja ylikompensoija. Jokainen näistä selviytymismoodista on haitallinen ja lopulta vain vahvistaa skeemaa. Maladaptiivisia vanhemman moodeja on kaksi: rankaiseva vanhempi ja vaativa vanhempi. Näissä kahdessa moodissa

potilaasta tulee kuin sisäistetty vanhempi. Kymmenes moodi on terveen aikuisen moodi, jota terapiassa pyritään vahvistamaan. (Young 2008: 83–84.)

Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvät tyypillisesti viisi moodia, jotka ovat hylätyn lapsen moodi, vihaisen tai impulsiivisen lapsen moodi, rankaisevan vanhemman moodi, eristäytyneen suojautujan moodi ja terveen aikuisen moodi, joka on potilaalla kehittymätön (Karila 2008: 202).

Hylätyn lapsen moodissa potilaassa aktivoituu sisäinen kärsivä lapsi. Tässä moodissa potilas kokee kipua ja kauhua, jotka kytkeytyvät lähes kaikkiin skeemoihin. Näitä ovat hylkääminen, vaille jääminen, kaltoinkohtelu, alistuminen ja vajavuus. Potilas on hauras ja lapsenomainen. Tässä moodissa potilaalla on pakonomainen tarve löytää vanhemman korvike, joku joka pitäisi hänestä huolta. Potilas saattaa päätyä epätoivoisiin tekoihin, jotta hänestä huolehtivat ihmiset eivät hylkäisi häntä. Kokemukset hylkäämisestä saattavat myös kasvaa harhaisiin mittoihin. Hylätyn lapsen moodissa potilasta tuetaan tunnistamaan, hyväksymään ja hakemaan tyydytystä emotionaalisille perustarpeille, joita ovat turvallisen kiintymyssuhteen tarve, rakkaus, empatia, aito itseilmaisu ja spontaanisuus. (Young 2008: 437–439.)

Vihaisen ja impulsiivisen lapsen moodissa potilaan tunnetila on vihan täyttämä, hän on raivostunut tai käyttäytyy impulsiivisesti siksi, että hänen emotionaalsiin perustarpeisiinsa ei ole vastattu. Mielenterveystyöntekijät yhdistävät kaikkein tavallisimmin juuri tämän moodin epävakaaseen persoonallisuuteen. Tässä moodissa potilas ilmaisee kiukkuaan haitallisella tavalla. Hän voi toimia vastuuttomasti, manipulatiivisesti tai itsetuhoisesti. Tässä moodissa oikea lähestymistapa on rajojen asettaminen ja sen tutkiminen, millainen on sovelias ja rakentava tapa ilmaista vihaa. (Young 2008: 437–440.)

Rankaisevan vanhemman moodissa potilaan sisäinen vanhemman ääni syyttää ja rankaisee, koska hän on tehnyt jotain ”väärin”. Moodin näkyvinä oireina voivat olla itsensä vahingoittaminen ja itsetuhoisuus. Tavanomaisesti potilas rankaisee itseään viiltelemällä. Tämä moodi on pidemmän päälle potilaalle kaikkein tuhoisin. Rankaisevan vanhemman moodin vallitessa potilaan omanarvontuntoa vahvistetaan ja pyritään syrjäyttämään rankaiseva vanhempi. (Young 2008: 441.)

Suojautujan moodissa potilas vetäytyy muiden läheisyydestä ja tukahduttaa kaikki tunteensa sekä emotionaaliset tarpeensa. Epävakaat potilaat ovat suurimman osan ajastaan suojautujan moodissa, jolloin he vaikuttavat aivan normaaleilta. Suojautujan moodissa oleva potilas ei kuitenkaan ole yhteydessä omiin tarpeisiinsa ja tunteisiinsa. Potilasta on autettava kokemaan tunteitaan, luomaan yhteyttä ja ilmaisemaan tarpeitaan. (Young 2008: 437, 441–442.)

Mielenterveystyön ammattilaisilla on pääasiassa negatiivinen käsitys epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista potilaista. Potilaita pidetään usein itsekkäinä ja manipulatiivisina. Negatiivinen asenne on näiden potilaiden kohdalla este hoitamiselle. Rakentavin tapa suhtautua epävakaisiin potilaisiin on ymmärtää heidän olevan haavoittuvan lapsen kaltaisia. (Young 2008: 457.)

6.1.3 Mentalisaatioterapia (MBT)

Mentalisaatio on kyky pitää mieli mielessä, oma ja toisen. Mentalisaatiolla tarkoitetaan kykyä nähdä itsensä ja toinen olentoina, joilla on omat halunsa, uskomuksensa ja päämääränsä. Ilman mentalisaatiokykyä ihminen on kyvytön ennakoimaan omia ja toisen reaktioita erilaisissa tilanteissa sekä säätlemään omia tunnetilojaan. Mentalisaatioterapian ydinymmärrys perustuu mentalisaatiokyvyn kehityksen keskeneräisyyteen. (Larmo 2010: 616; Käypä hoito 2008.)

Ihmismieli ja mentalisaatiokyky kehittyvät varhaisessa vuorovaikutussuhteessa. Mentalisaatiokyvyn ajatellaan pohjautuvan tilanteisiin, jossa lapsi muiden havaintoja itsestään sisäistämällä oppii sen, että hän aktiivisesti tulkitsee ympäristöään, eikä ympäristö ainoastaan peilaudu hänen mieleensä. Kyse on oman mielen ymmärtämisestä autonomisena tekijänä ja vastaavasti muiden ihmisten mielentilojen omalakisuuuden ymmärtämisestä. Normaalisti yksilönkehityksessä tämä kyky kehittyy ainakin osittain 4–6 ikävuoteen mennessä. Turvaton ja väkivaltainen lapsuus, jossa vanhemmat eivät kykene eläytymään lapsensa maailmaan, vaan kokevat lapsen tunnetilat itselleen vieraiksi ja pelottaviksi, estää mentalisaatiokyvyn kehittymisen. Jäsentymätön turvaton kiintymyssuhde johtaa mentalisaatiokyvyttömyyteen ja voi olla siten eräs epävakaaseen persoonallisuuteen johtava tekijä. (Larmo 2010: 616–618; Koivisto 2009: 72.)

Mentalisaatiokyvyn puutteesta seuraa, että potilas on altis voimakkaita tunteita herättävissä tilanteissa palaamaan mentalisaatiota edeltävään kokemuksen tapaan, jossa hän ei erota ulkoista ja sisäistä todellisuutta toisistaan (psykykinen ekvivalenssi). Tällöin hän tulkitsee toisen aikeet sen perusteella, miltä ne hänestä tuntuvat. Tällaisissa tilanteissa potilaalle on totta, mikä hänestä tuntuu todelta, ja hän kokee olevansa oikeutettu käyttäytymään ylimielisesti ja hyökkäävästi niitä kohtaan, jotka ovat hänelle tuottaneet mielipahaa. Epävakaassa persoonallisuushäiriössä esiintyy ilmiö, jolloin liian kipeä kokemus kielletään ja tilalle luodaan toive todellisuudesta. Samalla kosketus omiin tunteisiin kadotetaan. Vasta kun mentalisaatiokyky on saavutettu tai palautettu, potilas kykenee käyttämään kuviteltua todellisuuden tarkasteluun ja tunteittensa säätelyyn. (Larmo 2010: 618–619.)

Mentalisaatiossa voidaan kuvata olevan kolme eri ulottuvuutta. Ensimmäinen ulottuvuus voidaan jakaa implisiittiseen ja eksplisiittiseen. Implisiittinen mentalisaatio tarkoittaa ihmisen tiedostamatonta, automaattista, proseduraalista kykyä ymmärtää sekä kuvitella omia ja muiden ihmisten mielentiloja. Eksplisiittinen mentalisaatio tarkoittaa tietoista ja tarkoituksellista. Toinen ulottuvuus liittyy sosiaaliseen vuorovaikutukseen, kolmas mentalisaation kognitiivisiin ja affektiivisiin puoliin. (Koivisto 2009: 72–73.)

On kuvattu kolme varhaista, esimentalista tai ei-mentalista moodia, jotka näkyvät silloin, kun potilaan mentalisaatiokyky notkahtaa. Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan oireiden ymmärretään heijastavan näitä varhaisempia moodeja. Varhaisempia moodeja ovat teleologinen näkemys, psykykinen vastaavuuden moodi ja kuvittelun moodi. Teleologisessa näkemyksessä mielentilat ovat olemassa vain niiden ilmetessä konkreettisilla ja fyysisillä tavoilla. Teleologisessa moodissa potilaalle ajatusten ja sanojen merkitys on olematon. Hän ilmaisee sisäisiä mielentilojaan toiminnallisesti, esimerkiksi viiltämällä. Psykykinen vastaavuuden moodissa potilas kokee sisäisten mielikuvien ja ulkoisen todellisuuden olevan yhtä, eikä kykene erottamaan niitä toisistaan. Potilas kokee mielenisällöt todellisuutena, esimerkiksi traumatakaumien yhteydessä. Tässä moodissa vain teoilla on merkitystä. Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan tunteet purkautuvat konkreettisina tekoina, esimerkiksi kiukku lyömisenä ja rakkaus seksinä. Kuvittelun moodi tarkoittaa kokemistapaa, jossa potilaan ulkoisella todellisuudella ja sisäisillä mielikuvilla ei ole

mitään yhteistä. Potilaan ajatukset eivät pohjaudu todellisuuteen, eikä hän muokkaa ajatuksiaan todellisuuden perusteella. Potilaan ollessa kuvittelun moodissa, ajatuksista ja tunteista keskustelemisella ei ole mitään vaikutusta. Mentalisaatiokyvyssä eli reflektiivisessä moodissa potilas voi kokea sisäisen ja ulkoisen todellisuuden olevan yhteydessä toisiinsa, mutta kuitenkin erillisinä. (Koivisto 2009: 75–76.)

Mentalisaatioterapian keskeisenä tavoitteena on keskeytyneen mentalisaatiokyvyn kehityksen käynnistäminen, tunteiden tunnistaminen ja niiden sopiva ilmaiseminen muille. Tavoitteet jaetaan alkuvaiheen, lyhyen aikavälin ja pitkän aikavälin tavoitteiksi. Alkuvaiheen ja lyhyen aikavälin tavoitteita ovat terapiaan sitoutuminen, itsensä vahingoittamisen ja itsetuhoisuuden väheneminen, asianmukainen päivystyspalveluiden käyttö, asumisen vakaantuminen, lääkehoidon järjeistäminen, psykodynaamisen formulaation luominen sekä neuvottelu yksilöllisistä pitkän aikavälin tavoitteista. Mentalisaatioterapian yleiset pitkän aikavälin tavoitteet ovat tunteiden tunnistaminen sekä niiden asianmukainen ilmaisu muille, integraatio, henkilökohtainen vastuunotto ja ihmissuhteiden toimiminen. (Koivisto 2009: 76; Käypä hoito 2008.) Terapia toteutetaan joko kerran viikossa yksilöterapiana, kolmesti viikossa toteutettavana ryhmäpsykoterapiana tai vapaasti valinnaisista luovan terapian ryhmistä. Lisäksi hoito-ohjelma sisältää viikottaisia yhteisötapaamisia ja kuukausittaisen lääkehoidon seurannan. (Koivisto 2009: 78.)

Mentalisaatioterapian lähestymistapa on yksilöllinen ja salliva. Potilaan ajankohtaista mielentilaa työstetään yhteistyössä käytännönläheisellä tavalla. Potilasta autetaan ymmärtämään ja nimeämään tunnetiloja, sekä sijoittamaan niitä vuorovaikutustilanteisiin. Tarkoituksena on myös pohtia, mitä muilla ihmisillä voi olla mahdollisesti mielessä. Terapian huomio on ajankohtaisissa kiintymyssuhteissa. Myös aikaisempia kiintymyssuhteita käsitellään aloittaen niistä, joissa emotionaalinen merkitys on suhteellisen pieni. Hoidossa olennaista on tunnistaa milloin varhaiset moodit aktivoituvat. Hoitomenetelmä pyrkii huomioimaan tunne-elämän epävakaudesta kärsivien puutokset. Mentalisaatioterapiaan kuuluvat menetelminä aktiivinen terapeutin asenne ja jatkuvuus. (Koivisto 2009: 76–77.)

Mentalisaatioon perustuvasta terapiasta on sovellettu tiivis avohoito-ohjelma (intensive outpatient programme, IOP). Avohoito-ohjelman vaikuttavuutta tutkivia tuloksia ei ole

vielä toistaiseksi julkaistu. Hoidossa tuetaan potilasta tunnistamaan ja säätelemään tunnereaktioitaan tehokkaammalla tavalla. Aiemmin on todettu mallin soveltamisen hyödyt päiväsairalahoidon yhteydessä. Mentalisaatioterapian keskeiset periaatteet ovat jo käytössä monilla tahoilla Suomessa. (Koivisto 2009: 78–79; Korkeila 2007: 504.)

Kaikki tutkitut epävakaan persoonallisuuden tulokselliset hoidot pyrkivät erilaisista teoreettisista lähtökohdista huolimatta samaan lopputulokseen eli potilaan mentalisaatiokyvyn kehittämiseen (Larmo 2004: 2863). Tieto siitä, että mentalisaatiokyky riippuu vanhempien kyvystä nähdä mieli mielessä ja että se kehittyy varhaisessa vuorovaikutussuhteessa, antaa meille tietoa, mihin ehkäisevä mielenterveystyö olisi suunnattava (Larmo 2010: 621).

6.1.4 Objektisuhdeteoriapohjainen päiväsairalahoido

Esimerkkinä opinnäytetyössä käytämme osana Tampereen kaupungin psykiatrasta avohoitoa toimivaa Tampereen päiväsairaalaa, jonka apulaisylilääkärinä toimineen Jorma Tähkän verkkodokumentteja käytämme myös työmme lähdemateriaalina. Vuodesta 1996 lähtien Tampereen päiväsairala 2 (MPS2) on hoitanut yksinomaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita hoitoajan ollessa kaksi vuotta. (Tähkä 2009: 3.) Nykyisin epävakaan persoonallisuuden hoitoajat ovat muuttuneet Tampereen päiväsairaalassa. Vaikeiden häiriöiden nykymuotoinen, pitkäkestoinen hoito päiväsairaalassa on loppunut. Jatkossa hoitajaksot ovat lyhyitä. Huhtikuusta 2010 alkaen hoitoajat ovat olleet 3–4 kuukautta, jonka jälkeen potilas voi jatkaa 3–9 kuukautta päiväsairalan polikliinisessä hoidossa. (Hongisto 2009: 4334.)

Transferenssikeskeinen objektisuhdeteoria

Viitekehyksenä päiväsairalahoidossa on objektisuhdeteoria. Teoria on näkemys siitä, miten ihmisen persoonallisuus kehittyy vähitellen vuorovaikutuksessa häntä hoitaviin aikuisiin ja miten se voi kehityksen eri vaiheissa häiriintyä. Objektisuhdeteoria tutkii tapoja, joilla ihminen ylläpitää elämyksellistä rajaa sisäisen itsen ja ulkoisen elollisen sekä elottomien objektien maailmassa. Teoria tutkii myös, miksi tämä raja välillä hämärtyy tai ylittyy. Objektisuhdeteoria tarjoaa mallin mielenterveyden häiriöiden ymmärtämiseen ja hoitamiseen. (Tähkä 2009: 3, 11.)

Transferenssikeskeisessä objektisuhdeteoriaan pohjautuvassa psykoterapiassa epävakaan persoonallisuushäiriön ajatellaan pohjautuvan myötäsyntyiseen alttiuteen ja varhaisen kiintymyssuhteen turvattomuuteen sekä erilaisiin varhaisiin traumoihin. Terapiatekniikka perustuu keskeisesti epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan sisäsyntyisiin vuorovaikutusmielikuviin, joihin liittyy voimakas mustavalkoasetelma eli halkomisen käyttö puolustusmekanismina. (Koivisto 2009: 79.)

Objektisuhdeteorian näkökulmasta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän persoonallisuuteen on jäänyt hallitsevia piirteitä 2–3-vuotiaan (separaatio-individuaatiovaihe) uhmaikäisen kokemusmaailmasta. Potilaan persoonallisuus on eriytynyt mutta ei yksilöitynyt. Häneltä puuttuvat psykososiaaliset valmiudet ylläpitää vakaata mielikuvaa itsestään ja muista ihmisistä. Tämä selittää myös potilaiden identiteetin häiriön, voimakkaat hylätyksi tulemisen pelot, puuskittaisen kielteisyyden, uhmakkuuden, oikullisuuden, taipumuksen jakaa maailma jyrkästi mustavalkoisein, hyvän ja pahan kokemuksiin sekä ajantajun häiriöt ja tyhjyyden tunteet. (Tähkä 2009: 10, 14.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito Tampereen päiväsairaalassa

Hoidon ytimenä on yhteistyö kehitysminän kanssa ja kesken jääneen kehityksen loppuun saattaminen. Tavoitteena on kaaosminän saaminen kehitysminän hallintaan, jotta potilas löytäisi oman identiteettinsä ja kykenisi myös ylläpitämään sitä. Kehitysminää on suojeltava kaaosminältä asettamalla sille rajat. Kehitysminän on opittava tunnistamaan kaaosminän eri ilmenemismuodot ja ymmärtää miten ne ovat syntyneet. Sen on myös opittava pitämään puoliaan kaaosminää vastaan. (Tähkä 2009: 5.)

Päiväsairaalahoidon pyrkimyksenä on luoda turvallinen tila kehitysminälle jättämällä tyydyttämättä kaaosminän pyrkimykset asettamalla sen ilmenemismuodoille tiukat rajat. Hoitohenkilökunnan on erityisen tärkeää oppia erottamaan kehitysminän aidot tunteet kaaosminän epäaidoista tunteenpurkauksista, jotka ovat sekoitus teatraalista manipulaatiota, uhkailua, traumaattisten kokemusten psykodraaman muodossa olevaa pakonomaista toistoa ja tunteiden näyttelyä, silloin kun potilas arvelee sosiaalisen tilanteen sitä edellyttävän. Potilaita opetetaan tunnistamaan kaaosminän

ilmenemismuotoja ja pitämään puoliaan niitä vastaan. Samalla kehityskykyiselle minälle tarjotaan uusi kehitysmahdollisuus omahoitajan yksilöterapiassa, jota keskeisellä tavalla yhteisö- ja pienryhmät tukevat. (Tähkä 2009.)

Keskeistä hoidon periaatteissa on, että hoidollisessa yhteistyössä ollaan vain potilaan kehityskykyisen persoonallisuuden kanssa. Tavoitteena on kaaosminän saaminen psykososiaalisen hallinnan piiriin. Terapiatyön perusedellytyksenä on myös tuntee potilas, hänen ajankohtaiset ihmissuhteensa ja elämäntilanteensa. (Tähkä 2009: 23, 28.)

Empaattinen kuvaus on tärkein terapiatekninen menetelmä, ja sillä tarkoitetaan asettumista potilaan asemaan. Siinä kuvitellaan, mitä hän voisi eri tilanteissa tuntee sekä kuvataan tämä potilaalle. Tarkoituksena on auttaa potilasta löytämään sanat tunteilleen ja ajatuksilleen. Päiväsairaalassa on ehdoton nollatoleranssi fyysisen väkivallan suhteen ja siitä seuraa heti uloskirjoitus. Aggressiota on aina käsiteltävä ilman vasta-aggressiota, vaikka potilaat usein herättävätkin voimakasta ärtymystä käytöksellään. Linkittämällä pyritään osoittamaan potilaalle aiempien traumaattisten kokemusten ja nykyisen elämän kriisien välinen yhteys. Hoidossa on oltava riittävän lujat, ei kuitenkaan äkkinäisellä hylkäämisellä uhkaavat rajat. Myös hyvän ja pahan käsitteet ovat keskeisiä epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidossa. (Tähkä 2009: 28–34, 41–42.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kanssa on tunnettava potilasryhmän keskeisesti käyttämät psykologiset mekanismit, mm. halkominen, projektiivinen identifikaatio, projektio, ihannoiti, mitätöinti ja kieltäminen. Olennaista on tulkita aina negatiivinen transferenssi ja oppia käyttämään hyväksi potilaan herättämiä tunteita. (Tähkä 2009: 42–44.)

Potilaalle tehdään selväksi, että hän vastaa itse hengestään ja häntä voidaan auttaa vain, jos hän päättää pysyä hengissä. Potilaan kehityskykyistä persoonallisuuden osaa kuitenkin autetaan kaaosminän itsetuhoisuutta vastaan, huomioiden ammatilliset reunaehdot esimerkiksi järjestämällä kriisiaikoina mahdollisuus lyhytkestoiseen sairaalahoitoon. Potilasta autetaan lisäämään puuttuvia psykososiaalisia valmiuksiaan.

Tärkeää on osoittaa potilaalle hänessä tapahtuvat kasvutapahtumat (peilaus) ja tukea hänen oikeuttaan omaan minuuteen sekä hyvään elämään. (Tähkä 2009: 56–57.)

Onnistunut hoito päiväsairaalassa koostuu eri vaiheista. Hoito alkaa kiintymysvaiheella, jolloin potilas tutustuu yhteisöön ja omahoitajaansa. Kaaosvaiheessa kiintymysvaiheen pelkojen ja pettymysten käsittelyn myötä potilas alustavasti kiinnittyy hoitoon. Työstövaiheessa potilasta autetaan löytämään sanat tunteilleen ja ajatuksilleen empaattisen kuvauksen avulla. Alustavan yksilöitymisen vaiheessa potilaan psykososiaaliset valmiudet lisääntyvät ja hänellä on yhä suurempi kyky hallita, ymmärtää koettuja traumoja ja pitää puolensa kaaosminää vastaan. Lopettamisvaiheen kriisi on alustava kokemus yksilöitymisestä. Päiväsairaalan lopettamisvaihe herättää potilaassa voimakkaita pelon tunteita ja huolta itsenäisestä selviämisestä. Jälkikriisi toteutuu ensimmäisen hoidon jälkeisen puolen vuoden aikana. Jatkohoitona potilaille järjestetään noin kahden vuoden mittainen yksilöterapeuttinen jälkihoito, jonka tarkoituksena on tukea elämänperusteiden uudelleenrakentumista. (Tähkä 2009: 46–51.)

6.2 Sairaalahoito

Pääpaino epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidossa on pitkäjänteisessä avohoidossa. Suositusten mukaisesti hoito toteutetaan mahdollisimman pitkälti psykiatrisessa avohoidossa, sairaalahoidon osalta päiväsairaalaolosuhteissa ja kriisitilanteissa määräaikaisesti ympärivuorokautisessa sairaalahoidossa. Kattavaa, luotettavaa ja korkeatasoista tutkimusnäyttöä ympärivuorokautisesta sairaalahoidosta ei ole käytettävissä. Potilaan valmistaminen kriisitilanteisiin on hoidon kulmakivi. (Käypä hoito 2008.) Sairaalahoitojaksot tulisi pitää lyhyinä ja hyvin strukturoituina, akuutteihin ongelmiin ja tilanteisiin keskittyvinä. Sairalahoidon tarve tulee kuitenkin usein kyseeseen elämänhallinnan menettämisen ja itsetuhoisuuden akutisoituessa. Akuuttipsykiatria lähettämisen syitä ovat lyhytaikaiset psykoottiset oireet, impulssikontrollin ja harkintakyvyn heikentyminen, väkivallan ja muiden vaaratilanteiden uhka sekä vakavat itsemurhayritykset. (Koivisto 2009: 198.)

6.2.1 Hoidon sisällölliset tekijät

Laadukkaita hoidon sisällöllisiä tekijöitä ovat potilaan näkökulmasta seikat, että hän tuntee hoidossa ollessaan tulleensa hyväntahtoisesti ymmärretyksi, hyväksytyksi ja

todesta otetuksi. Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan ydinongelmien hoidossa terapisuhteella ja terapeutisilla lähestymistavoilla on olennaisen tärkeä merkitys. (Koivisto 2009: 139.)

Vakauttaminen

Osana traumaterapiaan kuuluvaa vakauttamista käytetään epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidossa. Vakauttamista sovelletaan myös sairaalahoitoon. Siinä havainnoidaan autonomisen hermojärjestelmän toimintaa ja yhdistetään se yksinkertaisiin somaattisiin tekniikoihin. Yleisimpiä traumatisoitumisen syitä potilaalla ovat väkivallan kokeminen, seksuaalinen hyväksikäyttö ja erilainen psyykkisen ja fyysisen hoidon laiminlyönti. Alkuperäisen trauman toisinnon vaiheessa potilaan autonominen hermosto on ylivireystilassa, jonka pysäyttämisessä ja vähentämisessä vakauttamiskeinoista on hyötyä. Laukaisevina tekijöinä esimerkiksi sydämen sykkeen ja hengitystaajuuden muutoksille voivat toimia traumasta muistuttavat äänet, esineet, tuoksut, ihmiset ja vuorokaudenaika. (Rothschild 2011; Kasari 2011.)

Vakauttamisen tavoitteet ovat: 1. Vakauttamiskeinojen avulla pyritään potilaan orientaation palauttamiseen ja itsemääräämisoikeuden tukemiseen. 2. Tuetaan potilasta tunnistamaan kehossaan tapahtuvia somaattisia muutoksia ja vakauttamiskeinojen avulla lievittämään niiden oireita. 3. Yritetään saada potilas tiedostamaan kokevan minän rinnalla myös havainnoiva minä. 4. Varsinaista traumatyöskentelyä ei akuutilla osastolla ole hyvä aloittaa. Traumatisoitunutta potilasta autetaan akuutissa osastohoidossa havainnoimaan enemmän sisäisiä ja ulkoisia tapahtumiaan ja pysymään nykyhetkessä. Sympaattisen hermoston toimiessa potilas on ylivireystilassa, jonka fyysisinä oireina voivat ilmetä mm. ahdistus, paniikki, lihasten jäykkyys, keskittymisvaikeudet ja unihäiriöt. Parasympaattisen hermoston toimiessa potilas lamaantuu, lihastonus heikkenee ja hän muuttuu poissaolevaksi. (Rothschild 2011; Kasari 2011.)

Vakauttamiskeinot ovat: 1. Kehotietoisuus eli kyky aistia, mitä omassa kehossa tapahtuu mm. ihon, hengityksen, rentoutuneisuuden ja jännittyneisyyden asteen ja asennon avulla. Tarkoitus on ohjata potilasta havainnoimaan ja kuvailemaan kehonsa

aistimuksia ja tuntemuksia tässä hetkessä: lämpötila, kipu, paineentunne, kosteus (esim. käsien hikoilu). 2. Ääreislihasten jännittäminen ja koossa pitäminen, joka vähentää ylivireystilaa tehokkaasti ja saa sen tuntumaan paremmin hallittavalta. Tarkoitus on jännittää koko kehoa hetken aikaa ja antaa lihasten sitten rentoutua hitaasti. 3. Kahtaalle suuntautuva tietoisuus, jonka tarkoituksena on saada potilas paremmin tietoiseksi nykyhetkestä. Tällöin potilas pystyy tiedostamaan kokevan ja havainnoivan minän samanaikaisesti. Potilasta voidaan pyytää kuvailemaan jonkun esineen muotoa, huoneen tavaroita ja värejä, tai kehottaa potilasta katselemaan ympärilleen samalla, kun toteaa tuntevansa voimakasta pelkoa. Tällöin potilas ymmärtää, ettei trauma tapahdu juuri nyt. 4. Oman ihon tiedostaminen rajapintana itsen ja maailman välillä, jossa ruumiillisen eheydentunteen lisäämiseksi voi potilasta kehottaa koskettelemaan ja tunnustelemaan omaa ihoa ja ääriviivojaan. Samalla potilas voi sanoa: ”Tämä olen minä”, ”Tämä on minun rajani”. 5. Turvapaikkamielikuva, jossa potilasta pyydetään kuvaamaan ja miettimään mukavaa toimintaa, paikkaa tai ihmistä, joka tuo mieleen hyvät asiat ja muistot. Turvalauseen tulisi sisältää sekä näköhavainto että ajan määrittäminen. (Rothschild 2011; Kasari 2011.)

Hoitohenkilökunnan on tärkeä tietää, että vakauttamiskeinojen käytöstä ei ole potilaalle haittaa, vaikka hänellä ei olisi traumaattista taustaa todettukaan. Vakauttamiskeinojen käyttöä kannattaa kokeilla potilaan kanssa hitaasti ja varovaisesti käyttäen kehotietoisuutta, jotta potilaan reaktiot vakauttamiseen tulevat esille. Kaikki vakauttamiskeinot eivät toimi kaikille potilaille. (Rothschild 2011; Kasari 2011.)

6.2.2 Hoidon rakenteelliset tekijät

Hoidon rakenteelliset tekijät on tärkeä ottaa huomioon, koska epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas kokee keinottomuutta voimakkaiden tunnetilojensa säätelyssä ja tuo esiin akuuttia avun tarvettaan. Tähän psykiatrinen hoitojärjestelmä ei välttämättä kykene vastaamaan. Kiireisellä psykiatrisella akuuttiosastolla potilaasta saattaa tuntua, ettei hän tule kuulluksi. Tällöin hänen tulee lisätä tunneilmaisunsa voimakkuutta, mikä johtaa usein voimakkaaseen impulsiivisuuteen ja potilaan itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Siitä on saattanut tulla potilaan vakiintunut tapa säädellä voimakkaita tunnetiloja, ilmaista psyykkistä pahaa oloa tai ratkaista vaikeuksia ongelmallisessa elämäntilanteessa. Anthony Batemanin ja Peter Fonagyn (2004) mukaan osa henkilökunnasta saattaa ehdottaa sairaalahoitoa,

osa taas vastustaa sitä. Osastohoidon aikana saatetaan aloittaa tahdonvastainen hoito tai potilaan hoito päätetään vastoin potilaan tahtoa. (Koivisto 2009: 130.) Hoitoon määräämisen edellytykset ovat seuraavat. Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) Jos hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) Jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) Jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä.

(Mielenterveyslaki 1990/1116 8 §).

Psykiatrisessa hoitotyössä on yleistä, että epävakaa persoonallisuushäiriöpotilas jakaa henkilökuntaa eri leireihin. Myös henkilökunnan erimielisyydet potilaan hoidosta ja hoitosuunnitelmasta katsotaan johtuvan potilaan kyvystä polarisoida hoitavaa tahoa. Marsha Linehanin (1993) mukaan henkilökunnan keskinäiset konfliktit eivät niinkään johdu asiakkaaseen liittyvästä ongelmasta kuin henkilökunnan kyvystä ottaa potilaan hoitoa koskevat erilaiset näkökulmat huomioon. (Kåver 2004: 192.) Psykiatrisessa laitoshoidossa potilaita saatetaan pitää useita kuukausia osastolla ilman varsinaista hoitosuunnitelmaa (Kåver 2004: 16).

Hoitosopimus on tunne-elämän epävakaudesta kärsivän potilaan hoitoa selkiyttävä työväline. Valviran mukaan mielenterveyslaissa ei ole mainintaa hoitosopimuksesta. Sillä ei ole asiakirjana laillista asemaa, mutta sitä voidaan käyttää hoidon tukena parantamaan potilaan sitoutumista hoitoonsa. Hoitosopimuksessa sovitaan potilaan kanssa yhteistyötavoista, jotka ovat hyvän hoidon edellytys. Näin potilas sitoutuu yhteistyöhön ja hoidon tavoitteet on helpompi saavuttaa. Tärkeää on pitää hoitosopimukset ajan tasalla, jotta ne vastaisivat potilaan hoitoa kullakin hetkellä. (Valvira 2010.)

6.2.3 Kriisien hoito

Kriisien pääpiirteensä epävakaa persoonallisuushäiriöpotilaalla on tavallisesti lisääntyvä, voimakas tuskaisuus. Jokin ihmissuhdetapahtuma on usein kriisien laukaisevana tekijänä. Tunnetilojen säätelyn vaikeus johtaa usein avuttomuuden kokemukseen. Sekundaariset tunnereaktiot ovat usein niin voimakkaita, että ne peittävät ensisijaiset tunteet alleen. Taipumus traumaattisten tapahtumien murehtimiseen nopeuttaa kriisiin joutumista ja tuottaa myös uusia kriisejä. (Koivisto 2009: 200–201.)

John Livesleyn (2003) mukaan kriisiväliintulojen tulisi alkaa perustavinta laatua olevasta vaiheesta ja edetä kohti monimutkaisempia vaiheita. Kriisiväliintulojen vaiheet voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen:

- 1) Validaatio
- 2) Tunnesäätelyä helpottavat taidot
- 3) Kognitiivisiin, affektiivisiin ja ihmissuhdeprosesseihin liittyvät väliintulot

Kriisihoidon tavoitteena on vähentää potilaan lisääntyvää tuskaisuutta (dysforiaa). Validaatio tarkoittaa sitä, että hoitaja keskittää huomion potilaan tunnetilaan. Ensisijaista on se, miten potilas koki ja mitä hän tunsi tilanteessa, josta kriisi sai alkunsa. Se, mitä tapahtui, on toissijaista. On tärkeää, että hoitaja ilmaisee selkeästi ymmärtävänsä ja hyväksyvänsä potilaan kokemuksen eikä aio muuttaa sitä. Hoitajan on hyvä myös ilmaista halustaan kuulla potilaan tunteista ja niiden voimakkuuden hyväksymisestä. Validaatio saattaa yksin olla riittävä toimenpide tasoittamaan ajankohtaisen kriisin. Toisaalta hoitohenkilökunnan ymmärryksen puute potilaan kriisikäyttäytymistä kohtaan voi osaltaan laajentaa kriisiä. Hoitajan on kuitenkin hyvä yrittää laukaista perusteettoman itsevihan ja ankaran itsen tuomitsemisen jatkumista. (Koivisto 2009: 14, 202–203.)

Kriisin keskellä potilasta auttavan osaston hoitomallilla on tärkeä merkitys. Nykyään ollaan melko yksimielisiä siitä, että hoitomallin yhtenäisyys teorian tasolla on tärkeää. Hoitomallin yhtenäisyys on tarpeen siksi, jotta potilas, hänen omaisensa ja hoitohenkilökunta olisivat kaikki selvillä potilaan hoitosuunnitelmasta ja väliintulojen syistä. Se nopeuttaa myös ajattelua ja mahdollistaa yksilöllisen ja tilanteeseen sopivan

toiminnan akuuttitilanteissa. Hoidon tavoitteina voi olla potilaasta ja tilanteesta riippuen kyvykkyyden ja taitojen lisääminen, tunteiden parempi hyväksyminen, ymmärtäminen ja säätelyminen. Kriisien hoito rakentuu kolmesta osasta: voimakkaan tunteen kestämisestä, validien puolien validaatiosta ja tarkoituksenmukaisista väliintuloista. (Koivisto 2009: 17, 131.)

6.2.4 Itsetuhoisen potilaan hoito

Käyttäytymisen säätelyn vaikeus on tyypillistä tunne-elämän epävakaudesta kärsiville potilaille. Itsetuhokäyttäytyminen on näille potilaille yksi pääoireista. He yrittävät usein lievittää ahdistustaan itsetuhokäyttäytymisellä, joka ei välttämättä sisällä akuuttia itsemurhavaaraa. Melko tavallisesti se ilmenee kudostuhon aiheuttamisena, mm. ihon viiltelemisenä. Muita itsetuhoisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja ovat esimerkiksi lääkkeiden yliannostus, itsensä lyöminen, nälkiinnyttäminen, pään hakkaaminen, itsen polttaminen ja pureminen. (Koivisto 2009: 25, 198.) Marsha Linehanin (1993) mukaan itsetuhokäyttäytyminen voi olla epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan yritys tulla toimeen vaikeiden psyykkisten tilojensa ja elämänongelmiensa kanssa. Esim. ihon viiltely vähentää tunnetilan voimakkuutta lyhyellä aikavälillä, jolloin nämä myönteiset seuraukset vahvistavat viiltelyn käyttämistä yrityksenä tasata tunnetilojen voimakkuutta. Itsetuhoiseen käyttäytymiseen liittyvät tuntemukset voivat vapauttaa aivoissa endorfiineja. Itsetuhokäyttäytymisestä voi tulla potilaalle addiktiivista ja sairaalahoidon yksi päätavoitteista onkin saada tämä noidankehä rikottua. (Koivisto 2009: 208–209; Terveyskirjasto 2009; Gunderson 2006: 8.)

Potilas tulee lähettää sairaalahoitoon varsinkin, jos hän on psykoottinen, toivoton ja itsemurhavaarassa (Linehan 1993). Linehan ehdottaa, että epävakaan persoonallisuuden itsetuhoisuuden hoidossa tulee toteutua seuraavat kaksi kohtaa:

- 1) Hoito on niin tehokasta, ettei potilas pääse tappamaan itseään tai vahingoittamaan itseään vakavasti
- 2) Hoidolla kyetään hillitsemään itsetuhokäyttäytymistä pitkällä aikavälillä

Kohdat 1 ja 2 ovat psykiatrisessa sairaalahoidossa usein ristiriidassa keskenään. Sairalahoidon tavoitteena on estää itsemurhan tapahtuminen, mutta hoito saattaa lisätä potilaan itsemurhariskiä tulevaisuudessa, johtaa uusiin sairaalahoitoihin, lisätä

potilaan itsetuhokäyttäytymistä ja johtaa hoidon päättymiseen esim. hoitosopimuksen rikkomisen takia. (Koivisto 2009: 209.)

Batemanin ja Fonagyn (2004) mukaan hoitajan varma ja rauhallinen suhtautumistapa on hyväksi itsetuhoista potilasta hoidettaessa. Itsemurha-ajatuksista ja -suunnitelmista tulee puhua avoimesti. Seuraavassa on otteita epävakaasta persoonallisuudesta ja itsetuhoisesta kriisistä kärsivän potilaan hoitomallista, joka perustuu dialektiseen käyttäytymisterapiaan ja mentalisaatioterapiaan: Epävakaa persoonallisuus lisää itsemurhan riskiä. Potilaan välitöntä itsemurhavaaraa tulee arvioida hänen nykytilanteensa, aiemman itsetuhoisuuden ja itsemurhariskiä käsittelevän yleisen tiedon valossa. Kokonaisarviota helpottaa, jos hoitaja tuntee välittömän itsemurhan ja itsetuhoisuuden yleiset riskit. Henkilö voi sanoa suoraan aikeestaan tappaa itsensä, toisaalta monilla on itsemurhasuunnitelmia, mutta he eivät jaa niitä muiden kanssa. Useat tunne-elämän epävakaudesta kärsivät ilmaisevat haluaan esimerkiksi viiltää itseään itserankaisutarkoituksessa tai halustaan vain nukkua, jottei tuntisi tuskaa. (Koivisto 2009: 210–213.)

Tuleeko epävakaasta persoonallisuudesta kärsivältä potilaalta kysyä hänen itsemurhasuunnitelmistaan? Marsha Linehan (1993) suosittelee itsemurhasuunnitelmista kysymistä, mikäli potilas on kohdannut tilanteen, joka on aiemmin laukaissut itsetuhoisen reaktion tai potilaan ilmaistessa toivottomuutta ja haluaan kuolla. Entä jos ilmenee, että potilas on aikeissa toteuttaa itsemurhan tai ryhtyä muuhun itsetuhoiseen toimintaan? Tällöin hoitaja arvioi potilaan itsemurhariskiä ja kysyy hänen suunnitellusta itsemurhamenetelmästä. Onko potilaalla itsemurhavälineitä tai onko hän kirjoittanut itsemurhaviestä? Entä onko potilas suunnitelmassaan jättänyt hänen löytämisensä mahdollisuutta? Nämä kaikki seikat tulee kysyä potilaalta suoraan. Mikäli potilas ei ole psykiatrisessa sairaalassa hoidossa, tulee selvittää hänen läheistensä saatavilla olo tulevien vuorokausien ajaksi. Hoitavan henkilön tulee arvioida potilaan mahdollinen vaikea masennus tai paniikkikohtaus sekä päihteiden käyttö. (Koivisto 2009: 210–213.)

Kriisisuunnitelma

Kriisisuunnitelma on käytössä monissa epävakaan persoonallisuuden hoitomalleissa. Siitä ilmenee mm. potilaan lääkehoito, hoitavan lääkärin nimi, läheisten puhelinnumerot sekä ennakolta laadittu suunnitelma kuinka kriisitilanteen sattuessa toimitaan. Etukäteen on tiedossa, keneen läheisistä voidaan olla yhteydessä itsemurhariskin akutisoituessa. Mikäli ilmenee, että potilas aikoo vahingoittaa itseään, hänen ja itsemurhavälineen välistä etäisyyttä pyritään lisäämään. Esimerkiksi lääkkeet kehoitetaan viemään apteekkiin tai antamaan läheisen haltuun, viiltoaseet viedään suojattuna ulos roskalaatikkoon. Ampuma-aseet laitetaan lukkojen taakse ja avain annetaan läheiselle ihmiselle. Linehan (1993) kuvaa, kuinka itsemurhavälineiden hävittäminen on usein potilaasta ahdistava ajatus. Itsemurhaa hautovat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat kokevat itsemurhavälineet usein turvallisuutta tuovina. (Koivisto 2009: 213–214.)

Itsemurhan tekemistä aikovan potilaan kanssa on tärkeintä saada aikalisää. Hoitaja validoi potilaan tunnetilaa, mutta muistuttaa häntä, ettei itsemurha ole ainoa ratkaisu. On tärkeää myös muistuttaa potilasta kuoleman lopullisuudesta sekä siitä, kuinka hänen omaisensa, läheisensä tai lemmikkinsä kärsisivät itsemurhan jälkeen. Hoitajalta vaaditaan aktiivisuutta ja kärsivällisyyttä vakuutellessaan, että äärimmäiseen tuskaan on useampia ratkaisuvaihtoehtoja. Åsa Nilsonne (2005) puhuu aikaikkunasta, joka hänen mukaansa tarkoittaa aikaväliä, jonka yksilö eri tilanteissa ottaa huomioon. Tärkeintä on selviytyä vain käsillä olevasta hetkestä. Jos itsemurhaa hautova potilas muistelee vain menneitä ongelmiaan ja murehtii tulevaa tuskaansa, hänen toivottomuutensa kasvaa ja hän lamaantuu. (Koivisto 2009: 215.)

Vakava masennus voi lisätä potilaan itsemurhariskiä. Potilaan toivottomien ajatusten läpikäyminen on tärkeää itsemurhavaaran vähentämiseksi. Åsa Nilsonnen mukaan toivottomat ajatukset voitaisiin nimetä kognitiivisiksi virhetoiminnoiksi, joita aivot tuottavat ihmisen ollessa masentunut. Toivottomat ajatukset saavat aikaan toivottomuuden tunteita. Taitava hoitaja voi toivottoman potilaan kanssa keskustellessaan henkilökohtaistaa vuorovaikutustilanteen ja kuvata, kuinka hänenkin toivottomuuden tunteensa vahvistuu, jos mielessä pyörii toivottomia ajatuksia. Mikäli potilaan itsemurha-aikkeet eivät aiemmista vaiheista huolimatta raukea, hoitavan

henkilön tulee ottaa yhteyttä läheisiin kriisisuunnitelman mukaisesti ja ohjata potilas hoitoon. Potilaan itsetuhoisuus saattaa uusiutua helposti, joten siihen on hyvä varautua ennakolta. (Koivisto 2009: 215–216; Gunderson 2006: 9.)

6.2.5 Potilaan vihan ja aggression hoito

Vihaisuus ja sen säätelyn vaikeus sekä taipumus aggressiiviseen käyttäytymiseen ovat osa epävakaan persoonallisuuden oirekuvaa. Vihaisuus kuuluu epävakaan persoonallisuuden tautiluokituskriteereihin. Viha on usein sekundaaritunne, joka voi syntyä reaktiona voimakkaalle primaaritunteelle ja peittää tämän alleen. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivälle potilaalle on tyypillistä jännitystä ulospäin purkava ja toisiin ihmisiin vetoava käyttäytyminen. Linehanin (1993) mukaan tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä potilailla on vihaisuuden ylikontrollointi yleisempää kuin jatkuvat vihan purkaukset. Joillain on ongelmana myös jatkuva passiivisuuden ja vihaisuuden vaihtelu oirekuvassa. Kun potilaan passiivisuus ja tunteiden ilmaisematta jättäminen jatkuvat tarpeeksi pitkään, henkilön paineet kasaantuvat ja purkautuvat korostuneena vihaisuutena jonkun pienen vastoinikäymisen sattuessa. Hoitokeinoista psykoedukaatio auttaa potilasta ilmaisemaan primaaritunteitaan ja omaa itseään aidosti ja tehokkaalla tavalla. (Koivisto 2009: 22–24, 216–219; Eronen 2001: 376.)

6.3 Lääkehoito

Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön spesifisesti kehitettyjä lääkevalmisteita ei ole käytettävissä, vaan epävakaudesta kärsiville potilaille määrätään lääkkeitä tavallisimmin seuraaviin oireisiin: mielialojen nopeaan vaihteluun, käyttäytymisen impulsiivisuuteen sekä ajattelun ja havaintojen vääristymiin (Koivisto 2009:117). Potilaan on ehkä vaikea ilmaista tunteitaan, joita voitaisiin lääkityksellä hoitaa, ja toisaalta hän ei useinkaan käytä lääkkeitä sovitusti. Potilaan ongelmakäyttäytymisen akutisoituessa lääkäri saattaa lisätä annostusta tai määrätä uusia lääkkeitä jo aiempien rinnalle. Tämä saattaa johtaa polyfarmasiaan, useiden lääkkeiden samanaikaiseen käyttöön, joka saattaa jopa heikentää potilaan elämänhallintaa. Usein määrätään antipsykoottinen lääkitys pienellä annostuksella, joka helpottaa potilaan ahdistuneisuutta ja alakuloisuutta. (Kåver 2004: 91–92.) Sairaalahoidon aikana potilaalle tehdään usein lääkevaihdoja, koska lääkkeiden vaikutuksia ja mahdollisia sivuvaikutuksia on helppoa seurata hoitohenkilökunnan päivittäisessä seurannassa. Näiden lääkkeiden todellista tehoa ei

potilaiden oireisiin ole kyetty tutkimuksin vahvistamaan. (Gunderson 2006: 9; Kåver 2004: 16.)

Akuutissa itsemurhavaarassa olevan potilaan lääkehoidossa psykoosilääkkeillä, masennuslääkkeillä ja mielialan tasaajilla voidaan kaikilla hillitä sekä impulsiivisuutta että itsetuhoisuutta. Rajatilapotilaat saavat juuri masennuslääkkeistä hyötyä sekä masennukseen että impulsiiviseen aggressiivisuuteen ja itsetuhoisuuteen (Koivisto 2009: 216; Eronen 2001: 378.) Käypä hoito -suosituksen mukaan epävakaan persoonallisuuden hoidossa masennuslääkkeet hyödyttävät varsinaisen masennuksen ohella myös ahdistuneisuus- ja pakko-oireiden hoitamista. Eniten käytettyjä ovat SSRI-lääkkeet (serotoniinin takaisinoton estäjät), mutta myös muita masennuslääkkeitä määrätään tälle potilasryhmälle. SSRI-lääkkeet vähentävät impulsiivista käyttäytymistä ja komorbideja tunne-elämän häiriöitä. (Vohra 2010; Käypä hoito 2008.)

Akuuteissa kriisitilanteissa etenkin antipsykootit saattavat olla hyödyksi. Psykoosilääkkeiden tehosta on paljon tutkimuksellista näyttöä sekä vanhan polven (erityisesti pieniansosneuroleptit) että uudemman polven neuroleptien osalta. Tutkimusten mukaan klotsapiini on tehokkain antipsykootti epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa, mutta sen käyttöä tulee rajoittaa sen agranulosytoosia aiheuttavan vaikutuksen vuoksi. On näyttöä siitä, että klotsapiini vähentää vihaisuutta ja itsetuhoista käyttäytymistä sekä lievittää aggressiivisia oireita tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä potilaille. (Vohra 2010.)

Mikäli epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan oireista keskeisimpinä ovat mielialojen voimakas vaihtelu, impulsiivisuus tai vaikeus hillitä käyttäytymistä, ovat joissakin tapauksissa hyödyllisiä mielialan tasaajista litium, epilepsialääkkeistä valproaatti, karbamatsepiini, okskarbatsepiini, lamotrigiini ja topiramaatti. Bentsodiatsepiineilla, mielialan tasaajilla ja neurolepteilla voidaan vähentää aggressiivista sekä psykoottista oireilua. Bentsodiatsepiineja käytetään myös tilapäiseen ahdistuneisuuteen. Jos masennus- tai psykoosilääkkeiden vaikuttavuus jää vähäiseksi, käytetään lisälääkityksenä usein mielialan tasaajia. Mikäli potilaalla on alkoholin liiakäyttöä, voidaan lääkehoidon osana käyttää disulfiraamia (Antabus®) tai naltreksonia (Revia®). (Vohra 2010; Koivisto 2009: 117–118.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyömme eteni suunnittelemamme aikataulun mukaisesti. Koko opinnäytetyöprosessin ajan olemme pitäneet mielessä työn tarkoituksen ja tehtävän. Osana ”Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä” -projektia opinnäytetyömme tarkoituksena on edistää näyttöön perustuvaa psykiatrista hoitotyötä. Auroran sairaalaassa toimii työryhmä, joka suunnittelee uutta osastoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoitoon. Opinnäytetyömme tulee hyödyttämään tämän osaston suunnitteluprosessia. Työelämätaholta saadun palautteen perusteella opinnäytetyössämme on paljon selkeästi esiteltyä oleellista ja tarpeellista tietoa. Työelämälähtöisyys on toteutunut hyvin. Työmme on sopiva psykiatrian työntekijän perehdytysmateriaaliksi. Perehdytysmateriaali soveltuu hoitotyön tueksi moniin eri ympäristöihin, mm. sairaalaan, päiväsairaalaan ja avohoitoon.

Opinnäytetyössä on käytetty harkiten ja tarkoituksenmukaisesti teorian tietoon perustuvaa kirjallisuutta ja tutkimusaineistoa huomioiden niiden pätevyys sekä tarkoituksenmukaisuus epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoidossa. Työssämme näkyy, että psykiatrinen hoitotyö on moni-ilmeistä ja siinä yhdistyvät eri hoitomuodot sekä näkökulmat. Siksi opinnäytetyömme katsomus on laaja-alainen. Tutkittua tietoa hoitotyöstä ja sen vaikuttavuudesta oli vähän saatavilla. Tieto, jota olemme käyttäneet työssämme on alle kymmenen vuotta vanhaa. Lähdemateriaalin luotettavuuden olemme tarkastaneet hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Olemme huomioineet, että valitun lähdemateriaalin kirjoittajat ovat alansa asiantuntijoita. Työelämätaholta saadun palautteen perusteella opinnäytetyömme sisältää hyvin epävakaan persoonallisuushäiriön syyt, potilaan oireet ja hoitomuodot. Esille nousi kuitenkin toive systemaattisemmasta tutkimustiedon ja hoitotyön näkökulman käyttämisestä sekä englanninkielisen lähdemateriaalin hyödyntämisestä.

Opinnäytetyöprosessi on kehittänyt omaa ammattitaitoamme. Saimme tietoa epävakaan persoonallisuushäiriön taustoista, sairaudenkuvasta ja hoitokeinoista. Voimme todeta, että suhtautumisemme tätä potilasryhmää kohtaan on johtunut tietämättömyydestä sekä omasta avuttomuuden ja keinottomuuden tunteestamme. Tämä havainto puoltaa myös sitä, miten tärkeää hoitoalan ammattilaisten on perehtyä uuteen tutkittuun tietoon ja päivittää ammattitaitoaan.

Hoitajien tulee kuunnella tunne-elämän epävakaudesta kärsivien potilaiden tuntemuksia. Esimerkiksi potilaan viilleltyä itseään hoitajan on hyvä keskittää huomio siihen, miltä potilaasta tuntui hetkellä, kun hän alkoi viillellä. Kriisin hetkellä on olennaista empaattinen lähestymistapa ja potilaan tuntemusten kuunteleminen. Hoitajan tulee pysyä rauhallisena ja johdonmukaisena potilaan käyttäytyessä aggressiivisesti tai vihaisesti. Akuutilla osastolla ”normaalisti” käyttäytyvä tunne-elämältään epävaka potilas saattaa olla hoidon tarpeessa juuri siksi, että hän on suojautujan moodissa.

Toivomme opinnäytetyömme muuttavan mielenterveysalan ammattilaisten asennetta epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan vaikeahoitoisuudesta. Työmme tarjoaa näkökulmia ja erityisesti ymmärrystä tämän potilasryhmän hoitotyöhön. Haluamme hoitohenkilökunnan ymmärtävän, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan tunnereaktiot ovat massiivisia ja huomiota hakevaksi tulkittu itsetuhokäyttäytyminen johtuu potilaan omasta ”käypä hoito” -keinosta käsitellä tunteitaan ja päästä niistä eroon silloin, kun ne muuttuvat sietämättömiksi. Näyttöön perustuvan tiedon mukaan potilaan ongelmakäyttäytymisessä on kyse mm. potilaan puutteellisista ongelmanratkaisutaidoista. Rakentavampi asenne tätä potilasryhmää kohtaan mahdollistaa laadukkaan hoitotyön, erilaisten hoitokeinojen käytön sekä tukee hoitohenkilökunnan työssäjaksamista.

Lähteet

- Ajantasainen lainsäädäntö 2010. Finlex. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.5.2011. <[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki#a1326-2010](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki#a1326-2010)>. Luettu 10.6.2011.
- Ajantasainen lainsäädäntö. Mielenterveyslaki 1990. Finlex. Verkkodokumentti. Päivitetty 31.8.2011. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>>. Luettu 7.9.2011.
- Gunderson, John 2006. A BPD brief: An introduction to borderline personality disorder. Verkkodokumentti. <http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/documents/A_BPD_Brief_REV2011.pdf>. Luettu 22.9.2011.
- Helsingin kaupungin psykiatriaosasto, HUS HYKS Psykiatrian tulosityksikkö, Metropolia Ammattikorkeakoulu 2010. Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Projektisuunnitelma 6/2010.
- Holmberg, Nils – Kähkönen, Seppo 2008. Persoonallisuushäiriöt ja dialektinen käyttäytymisterapia. Teoksessa: Kähkönen, Seppo – Karila, Irma – Holmberg, Nils (toim). Kognitiivinen psykoterapia. Karisto Oy: Hämeenlinna. 3. painos.
- Hongisto, Sanna-Kaisa 2009. Vaikeiden persoonallisuushäiriöiden pitkät hoidot loppuvat Tampereella. Suomen Lääkärilehti 50/2009 (64).
- Hupli, Maija – Johansson, Kirsi – Lahtonen, Pirjo 2010. Sairaanhoidaja tutkimustiedon käyttäjänä. Hoitotiede 2010, 22 (2). 108–117.
- Häggman-Laitila, Arja 2008. Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin. Hoitotiede 2009, 21 (4). 243–258.
- Häggman-Laitila, Arja 2009. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät – systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. Tutkiva hoitotyö 7 (2). 4–12.
- Joutsiniemi, M. – Kaulio, P. – Mäkelä, R. – Pekola, J. – Schulman, G. 2008. Naimisissa narsistin kanssa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 3. painos.
- Karila, Irma 2008. Skeematerapia persoonallisuushäiriöissä. Teoksessa: Kähkönen, Seppo – Karila, Irma – Holmberg, Nils (toim). Kognitiivinen psykoterapia. Karisto Oy: Hämeenlinna. 3. painos.
- Kasari, Virve 2011. Vakauttaminen: Ahdistuksen hallintaa ja nykyhetkessä olemista fysiologisten tekniikoiden avulla. Microsoft PowerPoint-diaesitys. Helsingin kaupungin terveystakeskus.
- Koivisto, M. – Isometsä, E. 2005. Epävakaan persoonallisuushäiriön kliininen kuva ja ennuste. Suomen Lääkärilehti 45/2005 (60). 4617–4621.

- Koivisto, Maaria – Stenberg, Jan-Henry – Nikkilä, Heikki – Karlsson, Hasse 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Keuruu: Otava.
- Koivisto, Maaria 2009. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän kriisien hoito. Yleislääkäri 6/2009 (24).
- Koivisto, Maaria 2009. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän kriisien hoito, osa 2. Yleislääkäri 7/2009 (24). 13–17.
- Koivisto, Maaria 2010. Epävakaa persoonallisuus – Riittääkö yksi hoitomalli? Havaintoja hoitomallien integraatiosta. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys 7 (2). 170–210.
- Koivisto, Maaria – Stenberg, Jan-Henry – Nikkilä, Heikki – Rosenqvist, Annika – Karlsson, Hasse 2009. Epävakaa persoonallisuushäiriö – itsehoito-opas. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=epi00002>. Luettu 29.8.2011.
- Korhonen, Anne – Korhonen, Teija – Holopainen, Arja 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. Tutkiva Hoitotyö vol. 8 (3).
- Korkeila, Jyrki 2007. Pääkirjoitus: Epävakaan persoonallisuuden hoidossa aihetta optimisiin. Duodecim 5/2007. 503–504.
- Kåver, Anna – Nilsson, Åsa 2004. Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita.
- Käypä hoito 2008. Epävakaa persoonallisuus. Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Verkkodokumentti.<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50064>>. Luettu 19.3.2011.
- Lammi, Outi 2009. Vaikuta visuaalisesti – Laadi selkeä esitys. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.
- Larmo, Anneli 2004. Epävakaitten persoonallisuushäiriöiden psykoterapia kannattaa. Duodecim (120). 2861–3.
- Larmo, Anneli 2010. Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä. Duodecim (126). 616–22.
- Lindeman, Sari 2004. Persoonallisuushäiriöitä voidaan hoitaa – sisäiset skeemat ja niiden korjaaminen. Duodecim (120). 2889–96.
- Marttunen, M. – Eronen, M. – Henriksson, M. 2001. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J. – Heikkinen, M. – Henriksson, M. – Marttunen, M. – Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

- Ojala, Kari 2008. Rajatilahäiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Teoksessa Antikainen, Risto – Ranta, Mauri (toim.) Kohti vastavuoroisuutta; psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki: Duodecim.
- Rothschild, Babette 2011. Traumaterapia turvalliseksi. Verkkodokumentti. <http://kotisivukone.fi/files/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/traumaterapia_turvalliseksi.pdf>. Luettu 29.8.2011.
- Ryhänen, Teemu 2011. Itsetuhoisen potilaan arviointi ja hoito – dialektinen käyttäytymisterapia potilaan kohtaamisessa. HYKS Psykiatrian tulosityksikön, Jorvin sairaalan koulutus 29.9.2011.
- Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Julkaisuja 2009:18.
- Toivio, Timo – Nordling, Esa 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.
- Tähkä, Jorma 2009. Epävakaa persoonallisuushäiriö: oireet, taustasyt, päiväsairaalahoido. Verkkodokumentti. <<http://www.jormatahka.com/hoito.htm>>. Luettu 19.3.2011.
- Tähkä, Jorma 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito päiväsairaalassa. Tampereen päiväsairaala 2 (MPS2). Verkkodokumentti. <<http://www.jormatahka.com/hoito.htm>>. Luettu 19.3.2011.
- Valvira 2010. Verkkodokumentti. Päivitetty 28.9.2010. <http://www.valvira.fi/tietopankki/ratkaisulyhennelmat/huomautus_3/psykiatrin_en_hoitosopimus_ja_hoidon_lopettaminen_kun_potilas_rikkoo_sopimusta>. Luettu 7.9.2011.
- Vilkkä, H. – Airaksinen, T. 2003. Tutkii ja havainnoi. 1.–2. painos. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Vohra, Adarsh 2010. Treatment of severe borderline personality disorder with clozapine. Indian journal of psychiatry 52 (3). 267–269.
- Young, Jeffrey E. – Klosko, Janet S. – Weishaar, Marjorie E. 2008. Skeematerapia. Helsinki: Edita.

Epävakaan persoonallisuuden diagnostiset kriteerit.

Taulukko 1. (Käypä hoito 2008).

ICD-10	DSM-IV
F60.30 Impulsiivinen häiriötyyppi <p>Impulsiivista häiriötyyppiä luonnehtivat etenkin tunne-elämän epävakausta ja yllykkeiden hallinnan puute. Väki-valtaiset purkaukset ja uhkaava käytös ovat tavallisia, etenkin reaktiona muiden kritiikkiin.</p> <p>Diagnostiset kriteerit:</p> <p>A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit</p> <p>B. Kohta A ja sen lisäksi vähintään kaksi seuraavista:</p> <ul style="list-style-type: none"> Taipumus toimia hetken mielijohteesta ja seurauksia harkitsematta Taipumus käyttäytyä riitaisasti ja joutua ristiriitaitilanteisiin muiden ihmisten kanssa etenkin, jos impulsiivista käytöstä pyritään estämään tai sitä arvostellaan Alttius vihan ja väkivallan purkauksille ja kyvyttömyys hallita niitä Kyvyttömyys ylläpitää mitään toimintaa, joka ei tuota välitöntä palkkiota Epävakausta ja oikukas mieliala 	301.83 Rajatilapersonallisuushäiriö <p>Rajatilapersonallisuushäiriön kategoria perustuu alun perin (DSM-III) John Gundersonin luomiin tutkimuskriteereihin.</p> <p>Laaja-alaista ihmissuhteisiin, minäkuvaan ja affekteihin liittyvää epävakausta ja huomattavaa impulsiivisuutta. Alkaa varhaisaikuisuudessa.</p> <p>Esiintyy monissa yhteyksissä vähintään viidellä seuraavista tavoista.</p> <ol style="list-style-type: none"> Kiihkeitä yrityksiä välttää todelliselta tai kuvitellulta hylätyksi tulemiselta <p><i>Huom. Älä ota huomioon itsetuhoista käyttäytymistä tai itsensä viiltelyä yms. vahingoittamista (kriteeri 5)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu Identiteettihäiriö: merkittävästi ja jatkuvasti epävakausta minäkuva tai kokemus itsestä Impulsiivisuus ainakin kahdella potentiaalisella itselle vahingollisella alueella <p><i>Esim. Tuhlaaminen, seksi, kemiallisten aineiden käyttö, holtiton liikennekäyttäytyminen tai ahmiminen</i></p> <p><i>Huom. Älä ota huomioon itsetuhoista käyttäytymistä tai itsensä viiltelyä yms. vahingoittamista (kriteeri 5)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Toistuva itsetuhoisen käytös, siihen viittaavat eleet tai uhkaukset tai itsensä viiltely ym. vahingoittaminen Affektiivinen epävakausta, joka johtuu mielialan merkittävistä reaktiivisuudesta <p><i>Esim. Intensiivinen jaksoittainen dysforia, ärtyneisyys tai ahdistuneisuus, joka kestää tavallisesti muutamia tunteja ja vain harvoin muutamia päiviä kauemmin</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Krooniset tyhjyyden tuntemukset Asiaankuulumaton ja voimakas suuttumus tai vaikeus kontrolloida suuttumusta <p><i>Esim. Toistuva äkkipikaisuus, jatkuva vihaisuus tai toistuva tappeleminen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Hetkellinen stressiin liittyvä paranoidinen ajattelu tai vakava dissosiativinen oireilu
F60.31 Rajatilatyypin häiriö <p>Rajatilatyypillä esiintyvät useat tunne-elämän epävakaustunnepiirteet. Sille ovat ominaisia häiriöt minäkuva, päämäärien asettamisessa ja sisäisissä pyrkimyksissä (seksuaaliset pyrkimykset mukaan luettuina) sekä jatkuva tyhjyyden tunne.</p> <p>Kiihkeät ja epävakaat ihmissuhteet saattavat aiheuttaa toistuvasti tunne-elämän kriisejä. Ne voivat olla yhteydessä liialliseen pyrkimykseen välttää hylätyksi tulemistä. Nämä kriisit voivat johtaa toistuviin itsemurhauhkauksiin tai -yrityksiin tai muuhun itsetuhoisuuteen (vaikkakin tätä saattaa tapahtua myös ilman selviä ulkoisia aiheuttajia).</p> <p>Diagnostiset kriteerit:</p> <p>A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit</p> <p>B. Diagnoosin F60.30 osiosta B. esiintyy vähintään kolme ja lisäksi ainakin kaksi seuraavista:</p> <ul style="list-style-type: none"> Minäkuvan, sisäisten pyrkimysten ja seksuaalisen suuntautuneisuuden epävarmuus ja häiriintyneisyys Taipumus intensiivisiin ja epävakaasiin ihmissuhteisiin ja niiden myötä tunne-elämän kriiseihin Liiallinen hylätyksi tulemisen välttäminen Toistuvaa itsensä vahingoittamista tai sillä uhkailua Jatkuva tyhjyyden tunne 	

Psykoterapiamenetelmät Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.

Taulukko 2. (Koivisto 2009: 70; Käypä hoito 2008).

	Dialektinen käyttäytymisterapia	Skeematerapia	Mentalisaatio-terapia	Transferenssi-keskeinen psykoterapia
Tausta-teoria	<ul style="list-style-type: none"> Dialektinen filosofia Oppimisteoria Tietoisuustaidot (mindfulness) Kognitiivis-behavioraalinen teoria Biososiaalinen teoria 	<ul style="list-style-type: none"> Kognitiivinen psyko-terapia Käyttäytymisterapia Kiintymyssuhdeteoria Konstruktivistinen teoria Hahmoterapia Objektisuhdeteoria 	<ul style="list-style-type: none"> Psykodynaaminen kehitys-teoria Objektisuhde-teoria Kiintymyssuhde-teoria 	<ul style="list-style-type: none"> Objektisuhdeteoria
Ydin-ymmärrys häiriöstä	Tunteiden säätelyn häiriö, joka on kehittynyt temperamentin ja epävalidoivan ympäristön yhteisvaikutuksena	Tunnetason perustarpeiden tyydyttymättömyys ja emotionaalisesti intensiivinen, labiili temperamentti	Mentalisaatiokyvyn kehityksen keskeneräisyys, johon biologiset tekijät myötävaikuttavat	Vuorovaikutusmielikuvat, joita hallitsee halkomisen käyttö puolustusmekanismina
Terapian keskeiset tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> Oppia luottamaan omiin tunnereaktioihin Itsen hyväksyminen Kyvykkyyden lisääntyminen ja tunteidensäätelytaitojen kehittyminen Itsetuhokäyttäytymisen ja muun vakavan tai tasanapainoa sekä hoitoa horjuttavan käyttäytymisen väheneminen Traumaperäisen stressin vaikutusten väheneminen Estyneen surutyön käynnistyminen Elämisen arvoisen elämän luominen 	<ul style="list-style-type: none"> Oppia tunnistamaan ja hyväksymään sekä ilmaisemaan emotionaalisia perustarpeita Skeemojen tunnistaminen, niiden syntyhistorian ymmärtäminen ja asteittainen korjaantuminen Epätarkoituksenmukaisten toiminta- ja ymmärrystapojen yhtenäistyminen sekä asteittainen korvaaminen tarkoituksenmukaisilla menetelmillä (terveen aikuisin moodilla) 	<ul style="list-style-type: none"> Keskeytyneen mentalisaatiokyvyn kehityksen käynnistäminen Tunteiden tunnistaminen Tunteiden sopiva ilmaiseminen muille Henkilökohtaisen vastuunotto Vuorovaikutus muiden kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> Halkaistujen vuorovaikutusmielikuvien eriytyminen ja integraatio Asteittainen siirtymien ehyiden ja vakaiden ihmissuhteiden maailmaan
Terapian toteutus	<ul style="list-style-type: none"> Yksilöpsykoterapia kerran tai kahdesti viikossa Ryhmämuotoinen taitovalmennus Puhelinkonsultaation mahdollisuus Terapeuttien konsultatiotiimi kerran viikossa 	<ul style="list-style-type: none"> Yksilöpsykoterapia kerran tai kahdesti viikossa Mahdollisuus puhelinkonsultaatioon terapiatuntien välillä 	<ul style="list-style-type: none"> Yksilöpsykoterapia kerran viikossa ja ryhmäpsykoterapia kolmesti viikossa Vapaavalintaisia luovan terapian ryhmiä Yhteisötapaminen viikoittain Lääkehoidon seuranta kuu-kausittain 	<ul style="list-style-type: none"> Yksilöpsykoterapia kahdesti viikossa
Keskeiset hoito-strategiat	<ul style="list-style-type: none"> Validointi Muutosstrategiat 	<ul style="list-style-type: none"> Vanhemmointi Vuoropuhelu moodien välillä 	<ul style="list-style-type: none"> Potilasta mentalisoidaan kehittämään ja ylläpitämään kykyään mentalisoida 	<ul style="list-style-type: none"> Selventäminen Konfrontaatio Tulkinnat

Maladaptiiviset skeema-alueet, skeemat ja kehitystehtävät.

Taulukko 3. (Koivisto 2009: 99–101; Lindeman 2004: 2891).

Maladaptiiviset skeema-alueet ja kehitystehtävä	Maladaptiiviset skeemat	Kehitystehtävä, jossa potilas on epäonnistunut tai suoriutunut puutteellisesti
Irrallisuus ja hylkääminen Potilaalla on vaikeus luoda kiintymyssuhteita. Hän olettaa, että turvallisuuden, pysyvyyden, hoivan saannin, läheisyyden, ymmärretyn tulemisen ja yhteenkuuluvuuden tarpeensa eivät tule johdonmukaisella ja ennustettavalla tavalla tyydytetyiksi.	<ul style="list-style-type: none"> Hylkääminen/ epävakaisuus Epäluottamus/ hyväksikäyttö Tunnepitöisen vuorovaikutuksen puute Viallisuus/ puutteellisuus/ häpeä Sosiaalinen eristäytyminen/ vieraantuminen 	Kyky liittyä muihin (edellyttää, että potilaalla on ollut lapsena onnistuneita kokemuksia sosiaalisista suhteista kavereiden kanssa, yksilönä että ryhmän jäsenenä, läpi lapsuuden ja nuoruusiän)
Heikentynyt autonomia ja alisuoriutuminen Potilaalla on oletuksia siitä, että hänen ympäristönsä odotukset estävät häntä irtautumasta, selviytymästä ja toimimasta itsenäisesti.	<ul style="list-style-type: none"> Riippuvuus/ kyvyttömyys Herkkyys joutua vaaraan tai sairastua Kietoutuneisuus ja minän kehittymättömyys Epäonnistuminen (suorituksissa) 	Autonomia (Potilaalla on tunne siitä, että hän voi toimia itsenäisesti maailmassa ilman muiden jatkuvaa tukea)
Heikentyneet rajat Sisäisten rajojen ja vastuullisuuden puuttuminen, joka aiheuttaa vaikeuksia toisten oikeuksien kunnioittamisessa, yhteistoiminnassa ja sitoutumisessa.	<ul style="list-style-type: none"> Tekojen oikeutus/ grandiositeetti Riittämätön itsekontrolli 	Realistiset rajat (Potilaalla on kyky koulia itseään omien impulssien hallinnassa sekä kyky ottaa toisten tarpeet huomioon riittävässä määrin)
Mukautuvuus/muihin suuntautuneisuus Huomion liiallinen suuntautuminen muiden haluihin, toiveisiin, tunteisiin, tarpeisiin ja mieltymyksiin omien kustannuksella rakkauden, hyväksynnän sekä yhteenkuuluvuuden saavuttamiseksi.	<ul style="list-style-type: none"> Alistuminen Uhrautuminen Hyväksynnän ja tunnustuksen hakeminen 	Itsearvostus (Potilaalla on tunne siitä, että hän on rakastettu, pätevä, hyväksytty ja oikeutettu saamaan huomiota, rakkautta ja kunnioitusta muilta)
Ylivarovaisuus tai estyneisyys Spontaanien tunteiden, impulssien ja omien valintojen tukahduttaminen tai toimiminen jäykällä ja sisäistettyjen toimintaa ja etiikkaa koskevien sääntöjen mukaisella tavalla. Tämän vuoksi potilaan oma onnellisuus, itseilmaisus, rentoutuminen, ihmissuhteet ja terveys kärsivät.	<ul style="list-style-type: none"> Negatiivisuus/ pessimismi Emotionaalinen estyneisyys/ ylikontrolli Tiukat standardit/ ylikriittisyys Rankaisevuus 	Kohtuulliset odotukset